This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

3 2044 103 257 671

133
03

1.50

Bd. Mar. 1933

HARVARD LAW LIBRARY

Received APR 8 1932

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

RECUEIL DES TRAVAUX

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ASSISTANCE PUBLIQUE

ET DE

BIENFAISANCE PRIVÉE

TENU DU 30 JUILLET AU 5 AOÛT 1900

TOME IV

DEUXIÈME SECTION (Malades, infirmes, incurables, vieillards.)

PARIS
AU SIÈGE DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU CONGRÈS
7, RUE CAMBACÉRÈS, 7

1900

102

CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ASSISTANCE PUBLIQUE

ET DE

BIENFAISANCE PRIVÉE

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

RECUEIL DES TRAVAUX

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ASSISTANCE PUBLIQUE

ET DE

BIENFAISANCE PRIVÉE

TENU DU 30 JUILLET AU 5 AOÛT 1900

TOME IV

DEUXIÈME SECTION (Malades, infirmes, incurables, vieillards).

PARIS
AU SIÈGE DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU CONGRÈS
7, RUE CAMBACÉRÈS, 7

1900

APR 8 1932

DEUXIÈME SECTION

BUREAU — RAPPORTS ET MÉMOIRES

SÉANCES — VŒUX

4/8/32

BUREAU DE LA DEUXIÈME SECTION

(MALADES, INFIRMES, INCURABLES, VIEILLARDS).

PRÉSIDENT FRANÇAIS : **M. Hermann Sabran**, président du conseil général d'administration des hospices civils de Lyon, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

VICE-PRÉSIDENTS FRANÇAIS : **M. le Dr Armaingaud**, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, professeur du cours municipal d'hygiène de Bordeaux ; **Mme Sœur Candide**, supérieure de l'hôpital d'Ormesson ; **MM. le Dr Dreyfus-Brisac**, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; **Grosseteste-Thierry**, ancien président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance; **Le Roux**, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine.

PRÉSIDENT ÉTRANGER : *Allemagne*, **M. le Dr Muensterberg**, président de la direction générale de l'Assistance publique de Berlin, délégué de la municipalité.

VICE-PRÉSIDENTS ÉTRANGERS : *Belgique*, **M. de Paepe**, conseiller honoraire à la Cour de cassation, membre du conseil général des hospices de Bruxelles; *Italie*, **M. le comte Salina**, président du comité permanent des congrès des œuvres charitables d'Italie; *Mexique*, **M. Ireneo Paz**, député, délégué du Mexique; *Roumanie*, **M. le Dr Obregia**, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, directeur général des services sanitaires de Roumanie; **Mme Coutzarida-Cratunesco**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, à Bucarest.

SECRÉTAIRES : **MM. le Dr Giraud**, directeur de l'asile d'aliénés à Saint-Yon, ancien secrétaire général du congrès de 1897; **le Dr Leroux**, médecin du dispensaire Furtado-Heine et de l'institution nationale des sourds-muets de Paris; **Francis Sabran**, ancien secrétaire général du congrès de 1894, directeur de la Caisse d'épargne de Lyon.

SECRÉTAIRE ADJOINT : **M. le Dr Toulouse**, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

RAPPORTS ET MÉMOIRES

PRÉSENTÉS AU

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE

ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE

(PARIS 1900)

STATIONS THERMALES, SANATORIA ET ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

I. — Mémoire de M. le Dr Émile BARTHÈS,

Inspecteur départemental du service des Enfants assistés.

Exposé de la question

Il ne semble pas que l'on ait suffisamment insisté sur l'importance qu'il y aurait à faire bénéficier dans une large mesure du traitement thermal marin et d'altitude les indigents qui encombrent de plus en plus les hospices ou hôpitaux, ainsi que les malades inscrits sur les listes d'assistance et soignés à domicile.

Cependant la question acquiert une grande importance si l'on envisage le résultat immédiat et pécuniaire que les communes en pourraient retirer à l'encontre des établissements hospitaliers qui sont les premiers à bénéficier de la loi du 15 juillet 1893, les communes supportent la plus grande partie des dépenses, sans pour cela que la situation des malades chroniques s'améliore sensiblement.

Que se passe-t-il, en effet, dans nos hôpitaux urbains, si encombrés par cette catégorie de malades? Chaque jour ramène de pauvres récidivistes, que la misère ou le manque de soins force à venir frapper à la porte de l'établissement. Or, le but du législateur est justement de prévenir, en partie, cette tendance rendue nécessité pour la plupart.

La clientèle des hôpitaux se compose notamment des scrofuleux ou arthritiques rangés, sous la dénomination banale de fiévreux,

dans le compte administratif et moral et qui représentent les trois quarts des admissions. A ce sujet, il n'est pas téméraire d'affirmer que le scrofule étant le point de départ de la tuberculose, et d'un autre côté l'arthritisme engendrant les maladies de désassimilation, rhumatisme, goutte, gravelle, cirrhoses, hépatites, ictères, néphrites, scléroses, etc., ces affections une fois enrayées par un traitement rationnel dans les stations balnéaires ou dans un climat marin ou d'altitude, il en résultera pour la collectivité ouvrière une amélioration morale et physique très appréciable.

En principe nous devons nous efforcer, quand leur mal sera curable, de faire profiter les indigents des bienfaits de l'assistance médicale gratuite en les étendant aux cures thermales ou climatiques.

D'ailleurs par sa circulaire du 30 août 1897, M. Henri Monod, l'éminent directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques en France, appelant l'attention des préfets sur les bénéfices que retireraient les jeunes scrofuleux et rachitiques du traitement marin, a fait remarqer qu'il ne s'agissait pas d'une bienveillante interprétation de la loi, mais d'une obligation que l'article 1er a édictée. Quant aux moyens, ils sont fournis par le paragraphe 2, qui mentionne « dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital de..... »

Dans ces conditions, il est à présumer que lorsqu'il s'agira de l'envoi d'un chronique aux eaux ou dans un sanatorium marin ou d'altitude, le médecin sera fondé également à indiquer l'établissement destinataire, de manière que le président de la commission administrative du bureau d'assistance n'ait plus qu'à s'entendre pour le prix de journée avec le directeur de l'établissement thermal ou du sanatorium.

Le prix de journée varie actuellement dans ces derniers de 3 fr. 80 à 2 fr. 60 pour les indigents; mais il est probable que le jour où le service fonctionnera partout, grâce à un règlement d'administration publique, on se contentera d'un tarif moins élevé. Le traitement ne nécessitant, en moyenne, que vingt-cinq ou trente jours, chaque année, pendant deux ou trois ans, on voit sans peine l'économie du projet. La conséquence immédiate consistera

surtout, — exception faite pour Paris où les lits seraient tous repris le lendemain — à désencombrer les hôpitaux urbains, qui reviendront ainsi à leur fonction naturelle, le traitement des seules maladies aiguës ou accidentelles.

Il y a longtemps déjà que l'emploi des eaux thermales à l'usage des classes indigentes de la société a été préconisé. Lors de ma communication à la *Gazette des eaux*, le 27 janvier 1898, M. le Dr Morice, son dévoué directeur, appuyait la question des considérations ci-après (1).

« L'ingénieur François écrivait, en 1849, que la cause dominante de la décadence des stations résidait dans les difficultés d'user rationnellement des eaux pour les classes peu aisées et indigentes; et un peu plus tard, il déclarait que le progrès de l'art médical aux eaux, se trouve absolument lié à une bonne organisation de l'assistance publique dans les principales stations. »

Le vœu qu'exprimait ce philanthrope, il y a cinquante ans, a été repris par M. le directeur H. Monod, dont j'ai cité plus haut la circulaire aux autorités départementales. L'idée a été développée ensuite par le syndicat général des médecins des stations thermales. Elle est donc à point.

Je fais appel au concours précieux de nos collègues spécialement versés dans les questions d'assistance. Il sera donc facile de constituer une commission, laquelle après avoir examiné l'exposé, les vues et moyens et les conclusions de ma proposition, en tirera un projet ferme destiné à l'homologation de M. le ministre de l'Intérieur.

La longue durée du séjour dans les hôpitaux étant le motif principal de mon projet, je citerai à l'appui les documents officiels qui traitent de l'assistance.

II. — Voies et moyens

A) Les listes d'assistance établies au commencement de l'année 1896 et relevées sur le rapport adressé par M. le directeur de

(1) Voir *Gazette des eaux* du 27 janvier 1898.

l'Assistance publique à M. le ministre de l'Intérieur, sur l'exécution de la loi du 15 juillet 1893, comprenaient, sur une population de 35.177.461 habitants, soit des villes, soit des villages, moins la ville de Paris, 1.473.562 inscrits, d'où, exactement, la proportion de 5,68 p. 100, eu égard à la population, avec une diminution de 0,35 p. 100 avec l'année 1895. Ce qui prouve, ainsi que le mentionne l'éminent rapporteur, que l'assistance obligatoire pratiquée avec méthode, loin d'avoir pour conséquence fatale le développement du paupérisme, tend au contraire à le diminuer.

B) *Hospitalisation.*

Le nombre des assistés à l'hôpital, qui était de 12.995 en 1895, s'est élevé à 19.059 en 1896, soit une augmentation de 3/8 comparée à celle de la première année du fonctionnement du service, et la dépense totale d'hospitalisation est de 1.465.702 fr. 05 en 1896, au lieu de 997.674 fr. 17 en 1895. M. le directeur a fait ressortir que la durée moyenne de l'hospitalisation avait excédé cent jours dans certains départements ; que le coût moyen du traitement dépassait 150 francs (100×1,50 = 150 francs) ; ce chiffre s'était même élevé à 219 et 270 dans d'autres.

Ainsi que je le citais, il y a un instant, le budget des hôpitaux ne souffre nullement de cette situation ; il bénéficie, au contraire, du recours sur la commune, domicile de l'indigent malade ou blessé.

Les recettes de l'hôpital de Chartres ont eu, un 1896, près de 4.000 francs d'excédent sur les dépenses et résultant du plus grand nombre de récidivistes, tandis que les budgets communaux augmentent d'autant.

C) *Indigents soignés à domicile.*

Leur nombre s'est élevé à 419.091, ayant fourni une dépense de 4.626.631 fr. 58, avec une augmentation de 1.203.803 fr. 93 en 1896.

Sur le total de 4.626.631 fr. 58 :

2.315.538 fr. 50 représentent les honoraires des médecins ;
194.436 fr. 36 représentent les honoraires des sages-femmes ;
2.116.656 fr. 92 représentent les médicaments et appareils.

Sur la dépense totale des frais d'hospitalisation et des soins à domicile, la somme du contingent de l'État est au total, de 613.718 fr. 87. Celui des départements, qu'il aurait été très intéressant de connaître, ne figure pas dans le rapport général. Je ne puis l'établir que par une moyenne basée sur les quelques renseignements recueillis auprès de mes collègues ayant le service sous leur direction, et que j'estime devoir être deux fois et demie plus élevé que le contingent de l'État, soit 613.718 fr. 87 × 2,50 = 1.544.297 fr. 18. Il reste par suite, à la charge des communes, la somme de 3.934.317 fr. 78. L'évaluation par les conseils généraux ayant été de 6.358.765 fr. 10, on voit par les chiffres ci-dessus qu'elle a été assez exacte, puisqu'il n'existe qu'un écart de 200.000 francs.

Ce qui ressort de la comparaison du traitement à domicile et du traitement à l'hôpital, c'est surtout l'accroissement exagéré des journées d'hospitalisation. Alors que dans l'espace d'une année, le nombre des hospitalisés a augmenté de 7.000, c'est-à-dire de 31 p. 100, l'assistance à domicile n'a varié que de 17 p. 100. Tout cela ne vient-il pas à l'appui de la thèse que je soutiens, l'encombrement des hospices?

Sans doute, il faut tenir compte de l'état de misère de l'assisté, de l'insalubrité et de la malpropreté de son habitation. Mais j'affirme que la plupart du temps, *c'est la chronicité de la maladie qui incite le praticien à envoyer le malade à l'hôpital.*

Telle est la situation pour l'ensemble de la nation. Si je passe à l'étude du service départemental d'Eure-et-Loir, je constate que le budget de l'assistance médicale gratuite comporte pour 1898.

1° — DÉPENSES

	fr.	c.
1° Dépenses des indigents ayant le domicile de secours départemental	3.000	»
2° Dépenses des indigents ayant le domicile de secours communal	136.500	»
3° Dépenses des indigents sans domicile de secours	2.000	»
4° Dépenses des indigents possédant leur domicile de secours dans d'autres départements	1.000	»
5° Frais d'administration	2.400	»
6° Frais d'imprimés	100	»
TOTAL DES DÉPENSES	145.000	»

2° — RECETTES

	fr.	c.
1° Contingent des communes	90.577	22
2° Remboursement par divers départements	1.000	»
3° Contingent de l'État	17.366	83
TOTAL DES RECETTES	108.944	05

3° — RÉCAPITULATION

	fr.	c.
Dépenses	145.000	»
Recettes	108.944	05
RESTE à la charge du département représentant l'imposition de un cent. 01	36.055	95

DÉPENSES

	fr.	c.
Chapitre 1er, Art. 39. — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents ayant le domicile de secours communal. (Part du département en exécution de l'article 28 de la loi du 15 juillet 1893.)	15.366	83
Chapitre VIII, Art. 7. — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents ayant domicile de secours communal. (Part de dépenses à la charge des communes.)	90.577	22
Chapitre VIII, Art. 8. — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents tombés malades en Eure-et-Loir et possédant leur domicile de secours dans d'autres départements	1.000	»
Chapitre VIII, Art. 9. — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents sans domicile de secours. (A la charge exclusive de l'État.)	2.000	»
Chapitre XVIII, § 3. Art. 1er — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents ayant le domicile de secours départemental	3.000	»
Chapitre XVIII, § 3. Art. 2. — Dépenses d'assistance médicale des indigents ayant le domicile de secours communal (Part du département en exécution de la loi du 15 juillet 1893.) et frais d'administration et d'imprimés	18.419	37
Chapitre XVIII, § 7. Art 1er — Dépenses d'assistance médicale gratuite des indigents ayant le domicile de secours communal. (Part du département et exécution de la loi du 15 juillet 1893.)	14.635	58
TOTAL DES DÉPENSES	145.000	»

RECETTES

	fr.	c.
Chapitre V, Art. 6. — Contingent de l'État pour l'assistance médicale gratuite	17.366	88
Chapitre V, Art. 7. — Contingent des communes pour l'assistance médicale gratuite.....	90.577	22
Chapitre VIII, Art. 4. — Remboursement des avances faites par l'assistance médicale gratuite.	1.000	»
Chapitre X, § 3. — Produit de l'imposition extraordinaire de 60/100.....	21.419	87
Chapitre X, § 7. — Produit de l'imposition extraordinaire de 41/100.....	14.636	58
TOTAL DES RECETTES.....	145.000	»

Je me suis étendu à dessein sur la situation générale et particulière de l'assistance médicale gratuite; car je considère celle-ci comme l'un des facteurs les plus importants de la répartition des dépenses qui incomberont au traitement marin, thermal ou climatique.

Les deux autres facteurs sont la cure-taxe et le pari mutuel. Une explication est toutefois indispensable sur le rôle de chacun d'eux.

Le 30 septembre 1898, au congrès international d'hydrologie et de climatologie médicale de Liège, le Dr H. Petit, de Menton, préconisait la fondation de sanatoria populaires pour les tuberculeux, en même temps que le professeur J. Félix, de Bruxelles, traitait dans un rapport très remarquable, les meilleures mesures à prendre pour favoriser et sauvegarder l'institution de stations climatiques et de sanatoria à bon marché.

Enfin le 24 novembre suivant le Dr Belugou, médecin traitant aux eaux de Lamalou (Hérault), a présenté un rapport à l'assemblée générale du syndicat médical et du syndicat des maires des stations thermales sur la taxe de séjour.

La commission chargée d'étudier la question présenta un projet qui fut voté à l'unanimité et dont la teneur suit:

ARTICLE PREMIER — Il y a lieu de demander aux pouvoirs publics l'établissement de dispositions légales autorisant les stations thermales à percevoir sous une forme à déterminer, les impositions extraordinaires ci-après:

1° Un droit fixe sur les cercles, casinos, où le jeu est administrativement autorisé;

2° Un droit proportionnel sur les bains, douches, etc., donnés par les établissements thermaux;

3° Un droit de séjour sur les hôtels ou maisons meublées, proportionnel à leur importance et au nombre des voyageurs.

Art. 2. — Les recettes ainsi perçues seront exclusivement consacrées:

1° A doter la station des améliorations nécessaires à l'hygiène, etc.;

2° A créer et à développer aux eaux thermales, l'assistance publique.

Art. 3. — Un règlement d'administration à intervenir fixera les conditions de perception et de contrôle afférentes au projet ainsi que le mode de votation des dépenses et de leur approbation par les pouvoirs compétents.

En ce qui concerne le pari mutuel, il en est manifestement question, à la page 220 du rapport de M. le directeur de l'Assistance publique, au sujet des instructions à donner aux délégués du ministre.

III. — Conclusions

Trois moyens sont en présence:

1° La participation de l'assistance médicale gratuite;

2° La cure-taxe;

3° Le concours du pari mutuel.

Le premier et le troisième sont visés par la loi du 15 juillet 1893. Le second seul reste à examiner.

Je me hâte d'ajouter qu'il offre ce grand avantage, tout en ne portant aucune atteinte au budget des indigents, d'être un précieux collaborateur de l'assistance et du pari mutuel par sa double portée de moralisateur et de rémunérateur. La taxe de 0 fr. 10, par exemple, sur chaque journée de séjour dans un hôtel ou sur chaque bain ou douche, n'augmentera pas d'une manière sensible les dé-

penses du voyageur riche ou aisé. D'autre part, la pensée d'être utile à un citoyen malheureux en participant à sa guérison est de nature à exercer une influence heureuse, par son côté psychique, sur l'issue de la maladie du baigneur favorisé de la fortune. C'est aussi, à mon avis, la meilleure pratique de la solidarité et de la mutualité entre malades soumis au même traitement.

Il ne faut pas, d'ailleurs, perdre de vue que la loi du 15 juillet 1893, étant une loi de décentralisation, exige par cela même l'appoint de l'initiative privée représentée par la cure-taxe, qui est aussi œuvre essentiellement décentralisatrice.

Quant au rôle du pari mutuel défini par la loi, il ne sera pas une quantité négligeable, puisqu'il a pour but d'installer les locaux destinés au logement des indigents durant leur séjour aux eaux thermales ou aux sanatoria.

Pour ces motifs, j'estime qu'il importe de faire intervenir dans le projet à soumettre à M. le ministre de l'Intérieur en vue du traitement thermal ou climatique des indigents, l'action combinée de l'assistance médicale gratuite, de la cure-taxe et du pari mutuel.

PUÉRICULTURE OU ASSISTANCE MATERNELLE A DOMICILE

II. — Mémoire de **M. le Dr PECKER**.

Les tables de la mortalité infantile comparée de divers pays, l'étude de la diminution progressive de la mortalité des enfants en nourrice se trouvant sous la tutelle de la loi du 23 décembre 1874, la critique des documents concernant l'exercice de cette loi et enfin la léthalité infantile décroissante sous l'impulsion de la science microbienne, démontrent avec évidence que l'allaitement maternel et l'hygiène sociale et privée sont les facteurs principaux qui contribueront surtout à la prospérité de la France. Le problème de la dépopulation en dehors de l'augmentation de la natalité étant ainsi posé, nous l'avons localement résolu par la création d'une association d'assistance sociale en faveur de la maternité souffrante.

L'Association des dames mauloises, que les bonnes volontés locales m'ont permis d'organiser dans les limites de notre modeste clientèle et qui a reçu le 4 février 1898 l'autorisation ministérielle, secourt la femme enceinte matériellement, au moins un mois avant son accouchement. Durant tout ce temps, elle est familiarisée, par des gardes de bonne volonté, préposées à cet effet et recrutées dans la Société même (femmes de médecins, de pharmaciens, de notaires, de percepteurs, de cultivateurs, etc.) avec les notions élémentaires de l'hygiène de la grossesse et de l'enfance. Ces gardes, membres actifs de notre association et que l'on pourra à juste titre appeler *les sœurs de maternité*, afin de pouvoir s'acquitter avec dignité de leur mission suivent avec empressement les leçons que nous leur

faisons dans le siège social de notre association. Dans les nombreuses circonstances où elles ont eu à intervenir, par leur dévouement et leur tact, elles ont su, non seulement conquérir la sympathie reconnaissante de nos assistées, mais, par leur intermédiaire, nous avons pu faire pénétrer, sous le toit des chaumières, un peu de cette hygiène si bienfaisante et si délaissée dans les foyers sombres de ces malheureuses. C'est donc grâce à nos membres actifs que nous avons pu mettre en garde nos indigentes contre l'éclampsie, l'infection puerpérale, et leur indiquer tous les avantages de l'exercice régulier de leur devoir social, de l'allaitement maternel.

La femme ainsi secourue et surveillée, nous attendons avec confiance le moment de la délivrance, ayant protégé avec la mère l'enfant à naître, durant sa vie intra-utérine.

Dès les premières contractions utérines douloureuses, notre membre actif est à son poste et nous seconde intelligemment ; mais, pour que l'accouchement puisse se faire dans des conditions conformes à l'hygiène pasteurienne, les antiseptiques (paquets de sublimé, solution d'acide phénique, alcool, coton hydrophile) les objets de pansement (bassin, cuvette en tôle émaillée, injecteur avec canule en verre) ainsi qu'un sac plein de linge propre (6 draps, 4 chemises, 6 serviettes, 1 taie, 3 mouchoirs), nous sont adressés par la directrice de notre ouvroir. L'association fait en outre don d'une layette complète à l'enfant (2 langes, 6 couches, 3 chemisettes, 3 brassières). Quant aux objets et au linge ayant servi à la mère, lavés et désinfectés au besoin, ils sont retournés au matériel, afin d'assurer son service régulier et d'éviter à l'association des dépenses incompatibles avec ses ressources.

Cependant la mère, habituée à un peu de propreté et de bien-être, reçoit sans retour quelques chemises, draps, etc., que nos donateurs veulent bien nous adresser.

La femme délivrée continue à être visitée par nos gardes-malades, et en dehors des secours de toutes sortes, durant un mois, la surveillance de ses seins est l'objet d'une sollicitude incessante, et c'est ainsi que nous avons pu éviter à nos assistées des gerçures, des crevasses et des abcès.

L'hygiène et le secours matériel ne sont pas suffisants si on veut que la mère ne devienne pas cette boiteuse du ventre, qui, après un

calvaire de douleurs et de souffrances, vient échouer sur la table opératoire de ces services de gynécologie, toujours encombrés par celles qui ne devraient jamais y être, si l'assistance sociale de la maternité souffrante eut été mieux comprise. C'est pourquoi, ici, nous avons en dehors de nos membres actifs de bonne volonté, des gardes-malades payantes, qui, durant les suites de couches, remplacent dans le ménage la mère alitée.

Si à cela nous ajoutons que notre matériel possède une couveuse pour les enfants nés avant terme, et que les ressources de notre association sont fournies par les cotisations de nos membres bienfaiteurs, donateurs et adhérents, ainsi que par les subventions communales et des bureaux de bienfaisance, nous aurons rendu un compte sommaire du fonctionnement, dans notre région, de l'assistance scientifique et matérielle à domicile pour la maternité souffrante.

Telle est l'organisation, tel est le fonctionnement de l'association dite des dames mauloises.

Dans l'intérêt de la cause de la maternité souffrante, nous devons rendre compte de l'écho que notre œuvre a provoqué dans le pays, des encouragements qui lui sont parvenus et faire connaître les efforts de nos émulateurs dans d'autres régions que la nôtre, et enfin dire quels sont, d'après nous, les moyens à mettre en action, pour arriver à doter la France d'une association nationale pour la protection des mères pauvres et des nouveau-nés, par l'assistance à domicile. Des sociétés similaires à l'Association des dames mauloises sont en voie de formation, d'autres fonctionnent déjà, comme l'œuvre pour accorder des secours aux femmes de Saint-Rambert (Rhône) fondée par H. Sabran, vice-président du Conseil supérieur de l'assistance publique de France, et la Société maternelle du Havre fondée par le Dr Bernardbeig.

« Sur plusieurs points de la France, écrit H. Sabran (1), la même idée a provoqué un appel au dévouement et l'appel a été entendu, notamment à Maule, commune de Seine-et-Oise, où sur la généreuse

(1) Fondation d'une œuvre, pour accorder des secours aux femmes en couches dans la commune de Saint-Rambert-l'Ile-Barbe.

Circulaire signée par M. H. Sabran, président du Conseil d'administration des hospices civils de Lyon, le Dr Gayet, professeur de la faculté de Lyon, Mme veuve Guerrier-Blanchery et M. Marcüit, maire de Saint-Rambert.

initiative du Dr Pecker une société s'est fondée sous le nom de l'Association des dames mauloises pour secourir les femmes en couches.

« Nous désirerions que notre commune de Saint-Rambert, qui a marché une des premières dans la voie de l'assistance médicale, suive l'exemple de la commune de Maule pour l'assistance des femmes en couches et nous nous proposons d'organiser cette assistance de la façon suivante :

« Toute femme mariée qui désirerait faire ses couches à domicile et qui serait reconnue par le maire comme étant domiciliée depuis un an au moins dans la commune de Saint-Rambert-l'Ile-Barbe et dont l'indigence serait constatée, serait admise aux secours à créer et qui consisteraient :

« A lui fournir outre l'accoucheuse sage-femme une garde-malade pendant dix jours, les objets, instruments et remèdes exigés pour que l'accouchement ait lieu dans les conditions de propreté et d'antisepsie rigoureusement nécessaires et enfin le linge dont elles pourraient avoir besoin, etc.

« Pour chaque accouchement les dépenses seront :

	fr.	c.
Honoraires de la sage-femme dont partie sera payée par le département	15	»
10 journées de garde-malade à 2 fr. 25	22	50
Remèdes prévus	5	50
Blanchissage du linge	1	50
Désinfection	1	»
Total	45	50

L'œuvre a ceci de particulier qu'elle a tenu surtout à s'occuper de l'accouchement de la mère indigente, elle lui permet un repos suffisant et lui évite les tristes perspectives de ce chemin douloureux qui s'ouvrirait devant elle, à la suite de relevailles prématurées.

La Société maternelle de Saint-Rambert ne s'occupe pas de la grossesse et n'accorde ni layette à l'enfant ni secours après l'accouchement, comme cela paraît résulter de la circulaire.

Mais elle complète heureusement la loi du 15 juillet 1893, en ce qui concerne la femme en couches, et puisque le législateur l'assi-

mile à un malade, il faut que l'assistance médicale puisse s'exercer pour elle conformément aux exigences de la science moderne.

H. Sabran a fourni par son organisation une indication d'urgence à remplir; c'est le premier échelon que le législateur aura à gravir dans son ascension pour la défense de la natalité nationale.

Dans un travail documenté : « L'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes » paru le 1er février 1899 dans les *Archives provinciales de médecine*, le Dr Bernardbeig nous fait connaître l'œuvre maternelle du Havre, dont il est le fondateur dévoué.

« Une femme enceinte, écrit-il, ayant déjà trois enfants veut avoir le secours de la Société, elle en fait la demande un mois à l'avance, au comité; si cette demande est agréée, le comité envoie à la femme, la dame visitante du quartier. Celle-ci remet à la femme un bon de linge et d'instruments.

« Arrivent les premières douleurs : la parturiante envoie aussitôt son bon chez la garde; celle-ci accourt, après s'être procuré linge et instruments. Lorsque la sage-femme arrive, la garde doit être à son poste avec tout le matériel nécessaire.

« Pendant huit à dix jours, elle sera à la disposition de la sage-femme et de l'accouchée.

« En fondant au Havre cette Société maternelle, nous avons cru répondre aux desiderata de ceux qui, avec le Dr Pecker et avec nous, croient aux bienfaits matériels de l'assistance à domicile.

« En mettant la femme accouchant chez elle dans des conditions de soins plus confortables, en l'aidant à mieux supporter cette épreuve, on réalise à la fois un problème social et médical; on procure à la femme toutes les ressources d'une hygiène sévère en même temps qu'on ne crée pas cette séparation pénible entre la femme et sa famille qui souvent, bien que temporaire, est une source féconde de soucis, d'anxiété, quelquefois même de désorganisation dans toute famille indigente aux prises avec la misère.

« Les gardes de la Société sont payées à l'année et reçoivent chacune un traitement de 900 francs par an. Elles doivent s'engager au service de la Société pendant une période déterminée. Elles auront non seulement à soigner les accouchées en exécutant de point en point les prescriptions de la sage-femme ou du médecin, mais elles

devront aussi s'occuper du ménage, des enfants, suppléer à l'activité maternelle. »

A ces gardes est venue s'adjoindre une garde-malade volontaire, ce que nous appelons ici une ambulancière maternelle.

Certes la constitution d'une société dont les gardes seront rétribuées, est plus aisée et plus pratique, d'autant plus que le besoin de l'assistance à domicile des femmes indigentes en couches, est tellement urgent que tout retard est pernicieux pour la mère et souvent funeste pour l'enfant.

Une fois les sociétés formées, une fois l'assistance de la mère assurée, il faudra songer à créer ces ambulancières maternelles sur le rôle desquelles nous nous sommes déjà expliqués. L'ambulancière maternelle volontaire se substituant de plus en plus à la garde rétribuée, en diminuant les dépenses des œuvres maternelles, permettra d'augmenter les secours de grossesse et de l'allaitement.

Paris n'a pas été bâti en un jour, le problème de la dépopulation nationale ne sera pas résolu brusquement; des efforts continuels sont nécessaires pour lutter contre ce mal, et l'ambulancière maternelle est un des éléments du combat.

C'est une innovation en matière d'assistance sociale, mais nos mœurs s'y feront vite et soyez certain que si le soldat a pu trouver une sœur de charité pour le panser, sa mère trouvera une sœur de maternité pour la soigner.

La Société maternelle du Havre ne secourt la mère qu'à son troisième enfant et les soucis du Dr Bernardbeig, de ne pas pouvoir assister les primipares et les secondipares, transpirent quand il écrit un peu mélancoliquement :

« Nous avons dû nous limiter et nous contenter d'organiser les secours pour les femmes ayant au moins trois enfants. Puisse l'avenir nous faire plus riches et nous permettre de réaliser l'idéal de l'Association des dames mauloises. »

Est-ce qu'en effet les relevailles prématurées et l'absence de soins antiseptiques à la suite d'un premier et d'un second accouchement ne mettent pas la mère pauvre dans des conditions d'infirmités telles, que malgré l'assistance la plus éclairée à sa troisième couche, elle reste tout de même une infirme et continue à boiter de son ventre.

Certes il faut encourager les grandes familles; certes il est utile, il est même urgent de secourir la femme à sa troisième couche, ne serait-ce que pour ne pas aggraver les souffrances contractées à ses accouchements antérieurs ! Mais n'est-ce pas faire œuvre d'économie sociale que d'assister la femme en couches indigente dès son premier enfant; je ne parle pas déjà de la prime accordée ainsi à la natalité et rappelons-nous qu'il a suffi au Prof^r Tarnier d'accorder à chaque femme d'Arc-sur-Tille, une somme de 100 francs en 1892, pour que le nombre de naissances en cette année surpassât celui des autres années. Le résultat donna 23 naissances au lieu de 14 à 16 qui étaient la moyenne, m'a écrit le Dr Bourgeot maire d'Arc-sur-Tille.

Voilà pourquoi, sachant le dévouement du Dr Bernardbeig à la cause de la maternité souffrante, nous espérons l'extension prochaine de l'action bienfaisante de la Société maternelle du Havre.

Le résultat acquis est déjà excellent et les grandes villes feront bien de méditer l'exemple que leur donne la Société maternelle du Havre.

L'Association des dames mauloises ayant à son actif les antécédents que nous venons d'exposer, nous avons cru utile de faire connaître notre œuvre à l'Académie de médecine. La savante compagnie ayant pris connaissance du rapport du Prof^r Pinard (1) sur notre travail « La puériculture par l'assistance maternelle à domicile » (2) approuve les efforts des dames mauloises et le Prof^r Pinard conclut en souhaitant que bientôt dans chaque ville et village de France il y ait une Société de dames mauloises et dans chaque maison commune une armoire contenant les sacs maternels.

Le conseil général de Seine-et-Oise, sur le rapport d'un de ses membres, le Dr Amodru député de Seine-et-Oise, (3) concernant l'Association des dames mauloises, invite M. le Préfet à rechercher le moyen pratique d'assurer aux femmes nécessiteuses qui

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 2 mai 1899, n° 18, 3e série, t. XLI.

(2) Dr Pecker, *Revue philanthropique*, 10 juillet 1899.

(3) Conseil général, session ordinaire d'août 1899. Rapport du préfet et de la commission départementale, p. 918, Cerf, imprimeur de la Préfecture, 69, rue Duplessis, Versailles.

accouchent chez elles, les bienfaits de l'antisepsie, à l'aide de dons en nature, constituant une sorte de trousseau de maternité.

M. P. Strauss (1) ayant déposé récemment au Sénat une proposition sur l'assistance maternelle, croit que « l'initiative privée comme à Maule, au Havre, à Saint-Rambert, est seule capable d'assurer le plein fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, afin de favoriser les accouchements à domicile par un supplément d'assistance et surtout par un patronage à double fin dans un intérêt d'hygiène, pour un profit moral. »

On voit que l'extension de l'assistance maternelle à domicile inaugurée par l'Association des dames mauloises est d'un intérêt national.

Retenir la mère pauvre dans son foyer, c'est en effet dépeupler les refuges, les maternités, les hôpitaux, les asiles, et probablement les prisons; la puériculture nationale en deviendra plus prospère, la santé générale y gagnera, la question de la dépopulation perdra son caractère inquiétant et d'acuité.

Le besoin de l'assistance éclairée à domicile se fait universellement sentir, et nous espérons que, grâce aux efforts de tous et de toutes, une Association nationale de puériculture pourra se fonder prochainement.

La Commission de puériculture du concours médical nommée sur la proposition du Dr Jeanne (2) et ayant pour mandat de poursuivre, sur tous les terrains, la généralisation de l'assistance maternelle à domicile inaugurée par l'Association des dames mauloises, pourra sans doute hâter l'avènement de ce jour heureux pour les mères pauvres et leurs enfants en détresse.

Il faudra obtenir que dans chaque commune, que dans chaque bourgade, que partout où un Français pourra naître, du linge propre pour la mère et une layette chaude pour l'enfant viennent apporter un peu de joie dans ces foyers indigents où le mari, par son travail, nourrit la France, et où la femme par sa maternité, la défend. Il faut que dans chaque commune, il y ait à la mairie,

---

(1) Strauss, La protection et l'assistance des mères et des nourrissons, *Revue philanthropique*, 10 décembre 1899.

(2) *Concours médical*, samedi 2 décembre 1899.

à l'instar de Maule, un matériel de maternité. Il faut qu'une armoire communale soit remplie de sacs numérotés où la mère trouvera des draps, chemises, serviettes, mouchoirs, etc., pour elle et une layette pour son enfant, de même que l'accoucheur ou la sage-femme y trouveront tout le nécessaire pour que l'accouchement se passe dans des conditions conformes à l'hygiène moderne.

Il faut obtenir que la loi de 1893 améliorée, complétée, protège efficacement celle qui, par son enfantement douloureux, accroît la puissance de la France.

Il faut obtenir que la loi du 15 juillet 1893, concernant les femmes en couches, d'assistance qu'elle était, devienne une loi de haute solidarité sociale et de prévoyance nationale. Déjà des propositions législatives se sont manifestées en ce sens, mais sans aboutir jusqu'à présent; espérons que la dernière en date, celle qui émane du sénateur philanthrope Strauss, recevra une solution conforme aux intérêts du pays.

Dans l'exposé des motifs de sa proposition M. P. Strauss parlant des accouchements à domicile s'exprime ainsi:

« La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite a assimilé à des malades les femmes en couches; elle leur est applicable. »

Dans sa circulaire du 18 mai 1894 aux préfets, M. Henri Monod recommande « d'assurer dans les hôpitaux le service des femmes en couches, dans un local séparé, aussi éloigné que possible de ceux où seront soignées des personnes atteintes de maladies transmissibles et se prêtant aux rigueurs de l'antisepsie. »

M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques n'a pas manqué de rappeler qu'en cette matière surtout, « l'assistance à domicile doit être préférée à l'hospitalisation, toutes les fois qu'elle peut être donnée avec des garanties sérieuses. »

Un vigoureux effort doit être fait pour améliorer et pour organiser partout le service obstétrical à domicile; c'est le rôle des bureaux de bienfaisance et d'assistance médicale gratuite.

De louables initiatives se font jour, à Maule, au Havre, en vue de doter les communes de l'outillage très simple dont les praticiens peuvent avoir besoin et aussi de soumettre les nouvelles accouchées à un patronage non moins profitable à leurs nourrissons qu'à elles-mêmes.

Lorsqu'on étudie le titre premier de la proposition de M. Strauss, on voit que certaines de ses dispositions ont pour principal objectif l'extension de l'assistance maternelle et scientifique à domicile inaugurée par l'Association des dames mauloises.

En effet l'article 6 dit que :

« Toute femme enceinte privée de ressources reçoit les secours que réclame son état à domicile ou, si elle ne peut être utilement secourue à domicile, dans un établissement hospitalier et notamment dans les asiles-ouvroirs et dans les maternités hospitalières. »

Les femmes enceintes privées de ressources et qui devraient recevoir les secours à domicile sont la grande majorité.

Voyons par exemple ce qui se passe à ce sujet dans le département de Seine-et-Oise.

Le nombre des femmes et des filles qui ont été admises pendant leurs couches dans les hôpitaux du département était de 450 en 1898 (1).

Ce nombre aurait été réduit au moins de moitié, si l'assistance obstétricale à domicile eût été organisée dans le département, parce que 223 accouchées étaient mariées et sur les 227 accouchées célibataires l'occasion de l'assistance à domicile aurait pu se présenter plus d'une fois.

Demandons-nous maintenant quel fut le nombre des femmes en couches qu'on aurait dû secourir à domicile dans le même département durant ce même temps.

Si nous nous rapportons à notre travail statistique fait en collaboration avec notre ami M. Piton concernant le canton de Meulan, (sur une période de 10 ans, de 1889 à 1898) nous voyons que le nombre des femmes en couches indigentes à assister à domicile fut de 847 pour une population de 14.000 habitants.

Pour le département de Seine-et-Oise d'une population de 669.098, le nombre de femmes à secourir par an, en prenant pour unité de comparaison le canton de Meulan, canton relativement riche, nous arriverons au bas mot au chiffre de 4.000.

Le chiffre de 85 femmes à secourir par an dans le canton de

(1) Conseil général, *loc. cit.*

Meulan comprend non seulement les indigentes inscrites sur les listes de l'assistance médicale gratuite, mais toutes celles pour lesquelles la venue d'un nouvel être est le signal de détresse pour la famille entière.

Quatre mille femmes à secourir à domicile dans le département de Seine-et-Oise sur les 450 accouchées dans les hôpitaux du même département.

Sur 100 femmes, 90 accouchent chez elles et 10 dans les maternités, et nous avons vu que c'est 95 femmes qui seraient restées chez elles si l'assistance obstétricale à domicile eût été organisée dans le département.

Prenant en considération les mœurs des grandes villes, la proportion des femmes en couches à hospitaliser sera de 10 à 15 p. 100 pour les départements à grands centres urbains.

En se basant sur le chiffre de 6 femmes par 1.000 habitants à secourir que nous a fourni notre statistique nous arrivons au nombre de 228.000 femmes pour la France entière à assister annuellement.

C'est d'ailleurs le chiffre à peu de chose près qu'indiqua l'honorable Dron dans son rapport devant les Chambres en 1892 (1).

En se référant au dénombrement de 1886, il avait estimé à 229.000 le nombre des accouchements en cause.

Les 229.000 accouchements en question devaient se répartir ainsi :

Pour les indigentes proprement dites.....	60.680
Pour les ouvrières de l'industrie.....	119.238
Pour les mères de famille ayant au moins quatre enfants environ.....	50.000

Quant à nous, nous n'avons pas cherché à faire le dénombrement des diverses catégories, et notre chiffre de 228.000 présente le nombre total des femmes dignes de l'assistance sociale.

Mais nous pensons que ce chiffre est encore inférieur à la réalité et ce n'est pas 228.000 ni 229.000, mais 260.000 mères qui ont

(1) Strauss, La protection et l'assistance des mères et des nourrissons *Revue philanthropique*, 10 décembre 1898.

besoin de l'assistance sociale. Voilà pourquoi, nous avons obtenu le chiffre de 6 personnes à secourir pour 1.000 habitants en prenant pour unité de comparaison le canton de Meulan, canton aisé et peu prolifique, et c'est ainsi que nous sommes arrivés au chiffre de 228.000 mères à secourir annuellement pour la France entière (38 millions d'habitants). Mais si nous cherchons le chiffre des mères à secourir non plus d'après le nombre d'habitants, mais proportionnellement à la quantité des naissances, suivant en cela la méthode de G. Dron, nous constatons tout d'abord que pour le canton de Meulan sur 3.041 naissances 847 enfants venaient dans des conditions défavorables, c'est-à-dire que 27,85 p. 100 des femmes qui accouchaient annuellement dans ce canton devaient être secourues.

Appliquant alors le pourcentage de 27.85 p. 100 à la moyenne de naissances des années :

1894	885.388
1895	834.173
1896	865.586
Total	2.585.147

moyenne qui fut de 861.716, nous arrivons au chiffres de 239.987 soit 240.000.

Mais je répète que le canton de Meulan est un des plus riches du département de Seine-et-Oise.

Et au lieu de nous arrêter au pourcentage de 29,85 p. 100 nous pouvons hardiment prendre 30 p. 100. Refaisant notre calcul sur cette nouvelle donnée, nous voyons que c'est 258.514 soit 260.000 en chiffres ronds.

Nous n'exagérons rien en estimant à 260.000 le nombre des mères à secourir annuellement, nous pensons approcher la réalité aussi près que possible et, dans tous les cas, il sera prudent de l'envisager en voulant évaluer le budget national de l'assistance maternelle. Précédemment nous avons vu que 90 p. 100 des femmes en couches pouvaient être et devaient être secourues à domicile.

Si nous nous arrêtons au chiffre de 260.000 femmes à secourir annuellement, c'est au moins en faveur de 234.000 femmes que

l'assistance à domicile devra s'exercer et 26.000 seulement seront hospitalisées. De grands sacrifices sont faits pour les mères hospitalisées comme le témoignent les maternités de Paris et des grandes agglomérations urbaines, et quoiqu'il reste encore beaucoup à faire, comme cela résulte des travaux de H. Napias, pour les femmes qui accouchent dans les hospices de certaines villes de province, il reste néanmoins vrai que des millions sont dépensés pour les mères hospitalisées et que rien ou presque rien n'est fait pour celles qui accouchent chez elles.

Deux cent trente-quatre mille femmes au moins sont abandonnées annuellement en France sans aucun secours. Les initiatives privées se sont bien manifestées çà et là en faveur des mères malheureuses qui accouchent chez elles et nous citerons les sociétés de Charité maternelle de Rouen, de Versailles, de Bordeaux, de Charleville. Mais il en est peu qui aient organisé l'assistance à domicile, dans des conditions scientifiques préconisées par l'Association des dames mauloises et des œuvres qui se sont fondées à son instar depuis au Havre et à Saint-Rambert (Rhône).

L'Association des dames mauloises a son armoire communale, remplie de sacs maternels et toutes les communes devraient être dotées de cet outillage, que le Prof^r Pinard considère comme équivalent au moins à la création des petits bâtiments qui, dans chaque commune, contiennent la pompe à incendie.

Ce n'est qu'à cette condition que « toute femme enceinte privée de ressources, peut recevoir utilement les secours que réclame son état » (1) et j'ajouterai que, sans cette organisation préalable, l'article 6 du titre I de la proposition du sénateur Strauss est lettre morte, à moins d'envoyer toutes les femmes faire *leurs couches* dans des maternités hospitalières.

Mais nous avons vu que 9/10 en restent en route ou plutôt chez

---

(1) C'est d'ailleurs la pensée qu'exprime le sénateur Strauss dans son article sur la puériculture paru le 15 janvier 1900 dans la *Revue des Revues*.

« L'initiative privée, comme à Maule, au Havre, à Saint-Rambert, à l'Ile-Barbe (Rhône), est seule capable, écrit-il, d'assurer le plein fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, afin de favoriser les accouchements à domicile par un supplément d'assistance et surtout par un patronage à double fin, dans un intérêt d'hygiène, pour un profit moral. »

elles. Quant à celles qui sont obligées de prendre ce chemin aux ronces piquantes, elles en payent souvent les prestations avec la vie de leurs enfants qu'elles ont nourris avec le meilleur de leur sang durant les longs mois de leur grossesse. Un coup d'œil sur le tableau résumant le mouvement des femmes en couches assistées dans les maternités du département de Seine-et-Oise en est une preuve péremptoire (1).

	1898	1897	1896	1895	1894	1893	1892	1891	1890
Filles ou femmes présentes au 1er janvier..	21	22	13	16	19	11	14	17	11
Filles ou femmes admises dans l'année.....	429	428	399	351	333	394	321	389	285
Filles ou femmes sorties accouchées.....	406	407	570	323	300	378	283	370	252
Filles ou femmes sorties non accouchées.... ..	26	16	16	27	22	17	15	12	18
Filles ou femmes décédées.....	3	5	4	4	4	1	8	6	9
Filles ou femmes présentes au 31 décembre.	15	21	22	13	16	9	11	14	17
Enfants nés viables.....	372	384	362	337	301	349	275	298	356
— mort-nés.....	33	26	21	20	21	21	16	33	22
— décédés.....	16	22	17	13	27	22	20	34	8
Journées de présence...	6.276	2.960	3.316	4.098	4.422	5.424	3.495	4.056	4.101
Accouchées mariées.....	223	211	198	181	139	181	139	156	116
— célibataires.	227	153	214	186	204	224	156	198	180

(1) Rapport du préfet et de la commission départementale. Département de Seine-et-Oise. Conseil général. Session ordinaire d'août 1899, p. 665.

On voit qu'en :

1898	sur 406	nais^ces^	il y a eu	33	mort-nés et	16 décès,	dans 1ers jours	49
1897	— 407	—		26	—	22	—	48
1896	— 370	—		21	—	17	—	48
1895	— 323	—		20	—	13	—	43
1894	— 300	—		21	—	27	—	48
1893	— 378	—		22	—	22	—	44
1892	— 283	—		16	—	20	—	36
1891	— 370	—		35	—	34	—	69
1890	— 252	—		22	—	8	—	30

Sur 3.089 le nombre de mort-nés et de décès dans les premiers jours fut de 415.

Cela fait 13 p. 100.

Cela est bien triste de voir, sur 100 mères qui entrent dans les maternités, en sortir 13 les bras vides et le cœur brisé. Et, pourquoi cela? Mais parce que les femmes ont trop peiné et trop enduré des privations durant leur grossesse.

Et leurs enfants ont tellement souffert des souffrances de leurs mères qu'ils en sont morts en venant au monde, et souvent même, ils ont cessé de vivre avant de naître.

Et le Prof^r^ Pinard a jeté le cri d'alarme quand il est venu à la tribune de l'Académie de médecine avec des milliers d'observations à l'appui demander la protection de l'enfant quand il était encore dans le sein de sa mère. Il se trouva une fois de plus que la science, se mettant d'accord avec le bon sens, rendait service à l'humanité, en réclamant la protection de la mère pour mieux protéger son enfant.

De même que l'assistance obstétricale pour être efficace devait s'exercer à domicile, de même l'assistance maternelle avant l'accouchement ne servira à la prospérité de la puériculture nationale, que le jour où toute mère pourra être utilement assistée à domicile.

Cela est de l'évidence même, car si on pense que sur 100 femmes enceintes nécessiteuses, 10 seulement viennent faire leurs couches dans les maternités, il est certain qu'il y en aura encore moins qui iront chercher asile dans les refuges pour faire surveiller leur grossesse.

L'accouchement exige l'assistance médicale, il est souvent appré-

hendé par les intéressées et si les mères se résignent encore à laisser leur intérieur et leurs enfants, pour faire leurs couches dans les maternités, elles ne les abandonneront pas pour un mois et même plus, pour se reposer, se nourrir et se chauffer, quand les siens auront faim et froid.

Les refuges-ouvroirs pour les femmes enceintes, de même que les maisons de convalescence pour les femmes ayant déjà fait leurs couches, seront surtout habités par les mères célibataires et par celles qui cherchent l'assistance sous la garantie du secret. Si, cependant, maintenant on rencontre dans les refuges-ouvroirs des femmes mariées, cela tient à ce que l'assistance maternelle à domicile avant l'accouchement n'existe pas.

Et, en effet, lorsqu'on embrasse d'un coup d'œil le champ de puériculture nationale on voit que ce champ est plutôt un désert.

Si de très rares oasis abritent dans les grandes agglomérations quelques femmes enceintes en détresse pour permettre l'éclosion des êtres fragiles qui sont à naître, presque toutes les mères indigentes exténuées par la fatigue endurent les privations et s'usent durant neuf mois de leur grossesse pour l'enfant qui est à naître sans trop le faire prospérer, parce qu'elles ne trouvent pas ce secours réconfortant pour elles et si utile et si indispensable pour leurs enfants. Si les grandes villes telles que Paris, Lyon, Nantes, ont édifié de belles serres pour mieux mettre à l'abri les enfants de ces mères abandonnées, clandestines, meurtries et endolories par le remous de la vie sociale des agglomérations urbaines, à la campagne, dans les petits centres, les pépinières suffiraient; la mère vivra au grand air, sur son sol, dans sa famille, et les fruits qu'elle nous donnera n'en seront que meilleurs.

C'est pourquoi l'Association des dames mauloises a inauguré l'assistance maternelle et scientifique à domicile des femmes enceintes, en leur accordant, un mois avant l'accouchement, des secours maternels et en les initiant durant ce temps avec les préceptes de l'hygiène moderne.

Ce que les dames mauloises ont fait en ce sens est certes peu de chose en proportion de ce qu'il y a à faire; mais elles ont tenu à protester généreusement en faveur de la mère qui n'habite pas les grandes villes.

Pourquoi, en effet, l'une sera-t-elle plus favorisée que l'autre? pourquoi, à l'une, si elle est réduite à demander l'hospitalisation, le refuge lui ouvre-t-il ses portes et l'accueille-t-il avec bienveillance, et si elle reste chez elle, le conseil municipal si éclairé en matière d'assistance, lui accorde-t-il des secours de grossesse, tandis que l'autre mère, mariée à la campagne, et ayant beaucoup d'enfants est privée de tout soutien?

Le simple bon sens et la justice élémentaire veulent que ce qu'on trouve indispensable de faire en faveur de la femme enceinte indigente à Paris, soit fait pour les 260.000 mères nécessiteuses de France. Sur ce nombre 95 p. 100, c'est-à-dire 247.000 femmes, devront être assistées à domicile; la prospérité de la puériculture nationale est donc en raison directe avec l'efficacité de l'assistance des mères indigentes durant leur grossesse.

Quant aux autres 13.000, qui comprennent les mères célibataires, les mères misérables, les mères veuves clandestines et irrégulières, les devoirs de l'humanité, en dehors de toutes les autres considérations, exigent qu'elles puissent être hospitalisées au moins un mois avant leur accouchement dans des refuges. Ces refuges devraient être annexés à toute maternité dans les grandes villes, telles que Paris, Lyon, Marseille, etc., de même que chaque chef-lieu départemental devrait avoir un ou deux refuges ainsi qu'un asile de convalescence pour les femmes récemment accouchées.

Les secours durant le dernier temps de la grossesse, pour être efficaces, doivent permettre à la mère un certain repos, c'est pourquoi M. Strauss, dans son premier article, veut que les femmes employées dans les usines, manufactures, chantiers et ateliers ne puissent être admises au travail dans la dernière quinzaine de la grossesse.

Nous laissons aux partisans et aux adversaires de la liberté du travail de discuter la proposition de Strauss à ce point de vue spécial.

Quant à nous, nous n'envisageons la question qu'au point de vue purement médical, pour faire remarquer qu'il sera difficile, sinon impossible, de faire cesser aux femmes enceintes le travail juste quinze jours avant l'accouchement, la grossesse n'ayant pas un terme toujours invariable, et chez celles qui travaillent, ce terme se trouvant fréquemment abrégé, il arrivera fatalement ceci : que

souvent la femme quittera l'usine pour gagner son lit; elle commencera à souffrir pour enfanter avant d'avoir pu procurer à son corps brisé et surmené les délices d'un repos de quelques jours, et un enfant chétif naîtra prématurément parce que la mère a quitté le travail trop tardivement.

Si donc on juge nécessaire d'imposer par une loi un repos relatif durant une quinzaine de jours aux femmes enceintes, — et remarquons que la loi n'atteint pas toutes les femmes indigentes, — c'est au moins un mois avant l'époque présumée de l'accouchement que la femme doit cesser son travail.

Le secours aux femmes enceintes à domicile, permettant un repos relatif avant l'accouchement, l'assistance obstétricale à domicile et le secours d'allaitement maternel à domicile après l'accouchement sont les trois racines de l'assistance maternelle et scientifique à domicile par lequel l'arbre de la puériculture nationale devrait puiser la sève vivifiante dans le sol de la France généreuse.

La France se dépeuple, dit-on, et on laisse l'arbre de la puériculture nationale se dessécher, ses bourgeons n'arrivent pas à la maturité et si ses fleurs s'épanouissent à la lumière solaire, souvent elles fanent et tombent avant que les fruits qui font la nation aient pu s'y nouer. 260.000 mères sont à la peine durant les neuf mois de leur grossesse et au prix de toutes leurs souffrances et privations, elles n'arrivent à doter la France que d'une végétation pâle et anémiée quand son avenir exige qu'elle soit prospère et luxuriante.

On dit que le péril est national et alors pourquoi les Chambres ne voteront-elles pas un secours national?

Regardons-le ce péril en face, et pour que la France soit durable, opposons-lui un remède efficace.

La protection sociale de la mère indigente, même réduite à sa plus simple expression, pour qu'elle soit rationnelle, veut que son secours revienne à 125 francs.

			fr.
Durant le dernier mois de la grossesse			30
Assistance obstétricale.	Trousseau maternel	30 francs.	65
	Garde-malade	15 —	
	Assistance médicale	20 —	
Durant le mois qui suit l'accouchement			30
		Total	125

C'est donc à ajouter au budget national une dépense de 125 francs multipliée par 247.000 (nombre de femmes à secourir à domicile), soit 30.875.000 en chiffres ronds 31 millions ou plutôt 35 millions en tenant également compte de la nécessité de l'organisation et de l'amélioration de l'hospitalisation des femmes enceintes et en couches.

Presque la moitié de cette dépense sera remboursée par les départements.

Le sacrifice est grand, va-t-on nous dire, et ce sera encore augmenter notre budget quand nous sommes le peuple en Europe qui paye le plus d'impôts. Cela est vrai, répondrons-nous, et les impôts sont grands, parce que nous sommes peu nombreux à les payer.

Les impôts en faveur de la puériculture seront les plus productifs qui aient existé, car il nous amèneront une économie notable de forces vives de la nation.

Secourir annuellement 247.000 mères par l'assistance scientifique et maternelle à domicile en leur permettant de protéger leurs enfants avant leur naissance, de les allaiter ensuite et de les élever en harmonie avec les préceptes de l'hygiène moderne c'est faire une économie de plusieurs dizaines de mille d'existences par an.

Le calcul approximatif est aisé à faire, si nous considérons que sur 100 enfants nés vivants, il en meurt, dans la première année en France 17 p. 100, tandis qu'en Suède il n'en meurt que 10 p. 100.

Nous voyons qu'ayant aidé l'enfant à reconquérir son droit au lait maternel en faisant faire à la mère française ce que fait la mère suédoise, en un mot par l'allaitement maternel, on gagne sur 100 enfants 7, sur 247.000, 17.290.

Mais tout le monde sait que si la mortalité infantile est en moyenne de 17 p. 100 pour la France entière, elle est au moins le double, sinon le triple, dans les classes indigentes où naissent beaucoup d'enfants.

Il est en effet établi par les statistiques, disait le Dr Dumoulin, membre de l'Académie de médecine royale de Bruxelles, au congrès international de démographie et d'hygiène de Paris en 1889, que sur 100 enfants nés de parents riches, il en meurt à peine 10 à 20 avant la 5e année, tandis que la mortalité des enfants pauvres de cet âge est de 60 à 70 p. 100.

Il y a, ajoutait-il, un écart de 30 p. 100 entre la mortalité des enfants de 0 à 5 ans dans les familles riches et dans les familles pauvres.

Le Prof^r Proust (1) constate le même fait. « La mortalité moyenne de 0 à 1 an étant en France de 20 p. 100, celle des enfants issus de la bourgeoisie aisée ne paraît être que de 6,7 p. 100. »

Ces données permettent de prévoir que l'économie possible à faire ne serait plus de 7 p. 100 mais de 20 à 25 p. 100 au moins en prenant en considération que la mortalité parmi les classes indigentes est au moins de 30 à 40 p. 100.

Nous resterons au-dessous du chiffre réel, si nous disons que la protection sociale et éclairée de 260.000 mères fera gagner à la France 50.000 à 60.000 existences.

Voilà le but à atteindre; au législateur de voir si ce but est digne de son mandat.

Qui pourra douter de ses intentions quand on voit avec quels soins jaloux il protège la semence que le cultivateur fait germer par la terre de France?

Protégera-t-il moins cette autre semence que la mère, au prix mille souffrances, fait germer par la sève de sa chair et de son de sang?

Ah! les récoltes sont rares, dit-on, et nous tous, pauvres et riches, et les pauvres plus que les riches, payons le pain assez cher pour que le grain puisse nourrir son semeur.

On protège l'agriculture et on ne songe guère à défendre efficacement la puériculture quand la natalité nationale est si faible.

Deux cent soixante mille mères attendent un secours social. Est-ce qu'il ne faut pas les défendre contre les infirmités post-puerpérales et les mettre dans de bonnes conditions pour leurs accouchements ultérieurs, quand il y a tant de mères françaises stériles.

Secourir ces 260.000 mères qui peinent, n'est-ce pas faire une économie des forces vives de la nation?

En les secourant, ne sauve-t-on pas annuellement 50.000 enfants d'une mort certaine et n'est-ce pas contribuer à la puissance de la

(1) Proust, *Traité de l'hygiène*, 1881, p. 77.

France que de permettre aux autres 170.000 enfants de naître plus forts.

Et en les mettant dès leur naissance dans les conditions favorables à leur croissance, n'est-ce pas leur permettre de devenir dans l'avenir des citoyens plus robustes et plus valides pour la prospérité du pays?

En assurant avec 125 francs à la mère pauvre, la vie de son enfant, en lui assurant à elle-même la survie et la santé par une assistance obstétricale éclairée à domicile, la puériculture nationale ne fait que commencer son développement.

Et rappelons à cet égard les conclusions de la thèse du Dr Bachimont, inspirée par le Profr Pinard.

« Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évolution de la race française, il est nécessaire, il est urgent, écrit-il, que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme enceinte, pendant les trois derniers mois de sa grossesse et le fœtus pendant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine. »

La physiologie humaine, elle aussi, exige que la mère puisse ne pas se surmener durant les trois mois qui suivent l'accouchement, c'est durant trois mois après la naissance de l'enfant que la mère doit être prudente et éviter tout labeur pénible et nécessitant des efforts fatigants, c'est parce que trois mois sont nécessaires à ses organes gestateurs pour les mettre à l'abri de toute infirmité post-puerpérale.

La protection de la mère ne sera donc réellement efficace que si elle s'étend sur le trimestre qui suit la délivrance.

Cette protection trimestrielle de la mère est d'autant plus nécessaire que durant les trois premiers mois elle fait le plus prospérer (1) son enfant si fragile et qui a tant besoin de sa mère.

---

(1) Ribemont et Lepage, *Précis d'obstétrique*, pp. 695 et 626.

D'autre part Quetelet donne l'accroissement en longueur :

	m/m.
(a) 1er mois	40
2e mois	30
3e mois	20
4e mois	15 à 20

C'est également la période la plus critique pour l'enfant durant laquelle il paye sa plus forte dîme mortuaire (1).

Et alors reprenant la proposition de Bachimont nous dirons :

Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évolution de la race française il est nécessaire, il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme pendant les trois derniers mois de sa grossesse, pendant les trois mois qui suivent son accouchement afin de mieux protéger son enfant durant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine et les trois premiers mois à partir de sa naissance.

Mais si bonne et si juste que soit la cause que nous défendons, il est à craindre que les pouvoirs publics nous opposent les nécessités de l'équilibre du budget national déjà trop grevé et nous risquons de ne rien obtenir, bien que dans notre requête viennent se fondre à la fois les exigences biologiques de l'évolution maternelle et les intérêts les plus sacrés de la patrie.

Voilà l'idéal à atteindre, mais en attendant, commençons par rendre nos conquêtes réalisables.

Demandons 125 francs pour chaque mère indigente pour la pro-

Les chiffres suivants calculés par Tarnier et Budin indiquent la moyenne d'augmentation quotidienne pour chaque mois.

		gr.
(*b*)	1er mois	30,6
	2e mois	31 »
	3e mois	27 »
	4e mois	22 »
	5e mois	18 »
	6e mois	14 »
	7e mois	12,8
	8e mois	14,4
	9e mois	11 »
	10e mois	8,4
	11e mois	7,4
	12e mois	5,6

(1) Le premier mois de la vie est le plus éprouvé, puis le deuxième, puis le troisième. Nous savons aussi qu'il meurt dans le premier mois, autant d'enfants que dans la 2e et la 3e années réunies, autant d'enfants que dans les quinze années comprises entre 25 et 40 ans.

Comby (*Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, p. 69).

téger durant le dernier mois de sa grossesse, pour lui assurer l'assistance obstétricale et pour la protéger durant le mois qui suit son accouchement; en un mot nous demandons du Gouvernement le premier coup de charrue pour défricher le champ inculte de la puériculture nationale.

Les initiatives privées compléteront ensuite l'œuvre commencée. Le corps médical ayant préparé les ambulancières de la Croix-Rouge saura aussi former ce bataillon généreux des sœurs de maternité, le plus nécessaire peut-être pour l'avenir et la grandeur de notre pays et nous espérons que bientôt chaque blessée sur le champ de bataille de la maternité souffrante aura son ambulancière dévouée.

Cette tâche est digne de nous, médecins, de nos mères et de vous, philanthropes avisés.

Grâce aux efforts convergents de tous et de toutes, l'assistance maternelle à domicile fonctionnant partout rendra la puériculture nationale florissante. La France pacifique se repeuplant triomphera de plus en plus par ces victoires bienfaisantes en faisant prévaloir sur le terrain économique son génie industriel, artistique et scientifique.

La mission civilisatrice de notre pays affirmée avec tant d'éclat par le succès de l'Exposition internationale, prouve que l'humanité entière est intéressée à la prospérité de la France.

DE L'ASSISTANCE AUX FEMMES EN COUCHES EN DEHORS DES HOPITAUX

III. — Mémoire de M. le Dr J. CHAMBRELENT,

Professeur agrégé d'accouchements,
Chirurgien-adjoint de la Maternité de Bordeaux.

Il y a quelques années, à la session de Tunis de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'appelais l'attention de mes confrères, sur la mortalité des femmes en couches en dehors des hôpitaux, et je constatais que, alors qu'il y a une quarantaine d'années, la mortalité était beaucoup plus considérable dans les hôpitaux qu'en ville, ainsi que l'avait fort bien établi Tarnier en 1858, la proportion était aujourd'hui renversée, et, tandis que la mortalité hospitalière avait diminué dans des proportions véritablement merveilleuses, puisque de 2 à 3 p. 100, moyenne ordinaire dans les anciennes maternités, elle était descendue au-dessous de 1 p. 1.000 dans certains services hospitaliers (la maternité Baudeloque, par exemple), la mortalité des femmes en couches en dehors des hôpitaux est au contraire restée à peu près la même qu'elle était dans la première moitié de ce siècle.

De sorte que, si les femmes accouchant dans les hôpitaux ont largement bénéficié des progrès de l'obstétrique moderne et particulièrement de l'observation rigoureuse des méthodes antiseptiques, il ne paraît pas que ce bénéfice se soit étendu aux mères de famille accouchant à leur domicile.

A quoi est due cette différence?

Il suffit pour nous en rendre compte d'étudier les causes de la mortalité puerpérale.

Ces causes peuvent être rapportées à trois facteurs :

1° Accidents qui surviennent pendant la grossesse ;

2° Accidents qui surviennent au moment de l'accouchement ;

3° Accidents qui surviennent pendant les suites de couches.

Examinons successivement chacune de ces causes, et voyons pourquoi elles ont presque totalement disparu dans les services hospitaliers :

1° *Accidents qui surviennent pendant la grossesse.* — Il est certain que pendant les neuf mois que dure sa grossesse, la femme est soumise aux différentes affections de l'âge adulte, qui prendront souvent un caractère d'autant plus grave qu'elles évolueront chez la femme enceinte ; mais, en dehors de ces maladies ordinaires, il en est un certain nombre, et ce sont celles en présence desquelles on se trouvera généralement, qui sont spéciales à la grossesse ; or, ce qu'il faut bien savoir, c'est que presque toujours il s'agit d'affections que l'on peut classer dans la catégorie des *maladies évitables*. J'en veux citer deux comme exemple, car ce sont celles qui amènent le plus souvent la mort des femmes enceintes : l'éclampsie et les hémorragies de la grossesse.

Tous les accoucheurs sont aujourd'hui d'accord à ce sujet ; dans la très grande majorité des cas, l'éclampsie eût pu être évitée ; elle ne survient en effet que chez les femmes albuminuriques, et il eût suffi de traiter l'albuminurie par les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour éviter l'éclampsie.

Quant aux hémorragies de la grossesse, elles sont presque toujours dues à l'insertion vicieuse du placenta, et nous avons aujourd'hui, sinon le moyen de les éviter, du moins des moyens puissants de les empêcher d'être mortelles.

De sorte que chez les femmes hospitalisées dans un service d'accouchement bien organisé, les cas de mort des femmes enceintes seront extrêmement rares.

2° *Causes de mort au moment de l'accouchement.* — Les femmes peuvent aussi succomber au moment même de l'accou-

chement. Il est des cas qu'il est malheureusement impossible d'éviter, tel, par exemple, la mort subite par suite de la rupture d'un anévrisme, mais ces cas sont absolument exceptionnels, et le plus souvent la mort ne survient que parce que la malade n'a pas été accouchée à temps ou avec des connaissances obstétricales suffisantes.

On comprend donc combien dans nos services de maternités, confiés à des accoucheurs expérimentés, et où il y a en permanence des internes et des sages-femmes, également très expérimentés, les accidents sont rares. Et il est en effet tout à fait exceptionnel de voir succomber une femme au moment de son accouchement.

3° *Causes de mort pendant les suites de couches.* — Ce sont ces causes qui interviennent le plus souvent dans la mortalité puerpérale et, parmi elles, de beaucoup la plus fréquente est l'infection.

Or, nous savons aujourd'hui qu'il n'y a guère d'infection possible chez la nouvelle accouchée sans qu'une faute ait été commise contre les règles de l'antisepsie par les personnes qui la soignent.

Dans les services hospitaliers, les maîtres qui dirigent, très persuadés de ce principe, tiennent la main d'une façon rigoureuse à ce que l'asepsie ou l'antisepsie la plus absolue soit observée par tous ceux qui ont à donner des soins à la nouvelle accouchée, d'où apparition très rare des accidents septiques pendant les suites de couches, et si par hasard ces accidents apparaissent, grâce à l'indication fournie par le thermomètre régulièrement appliqué à toutes les accouchées, ils sont combattus dès leur début et le plus souvent enrayés, de sorte que là encore la mortalité est très réduite dans les maternités.

Nous nous expliquons ainsi combien, grâce aux progrès de l'obstétrique moderne, la mortalité puerpérale est réduite dans les services hospitaliers, au point de ne pas atteindre 1 p. 1.000.

Voyons maintenant ce qui se produit chez la femme qui accouche en dehors des hôpitaux.

1° En ce qui concerne les accidents de la grossesse, ils passent le plus souvent inaperçus.

La parturiente attend presque toujours le terme de sa grossesse ou l'apparition des accidents graves pour consulter son médecin, ou, plus ordinairement, la sage-femme qui doit l'assister.

Donc, pas d'analyse d'urine pouvant faire prévoir des attaques d'éclampsie, et apparition soudaine de cette grave complication de la grossesse.

De même pour les hémorragies, le diagnostic de leur cause est rarement fait, et les précautions à prendre souvent négligées.

Les présentations vicieuses du fœtus, qu'il eût été facile de réduire, sont également méconnues. Enfin les viciations pelviennes, qui eussent été diagnostiquées par un examen consciencieux, et auxquelles on eût pu opposer un traitement tempestif, ne sont pas reconnues.

Il résulte que les femmes enceintes sont beaucoup plus exposées aux accidents lorsqu'elles font leurs couches à leur domicile, que celles qui, hospitalisées, sont surveillées et examinées avec soin par le personnel compétent du service où elles sont placées.

Comment pourrait-on remédier à cette première cause de mortalité?

En engageant les femmes enceintes à se confier à un médecin ou à une sage-femme expérimentée dès le début de leur grossesse, et pour leur en faciliter les moyens, création dans les grands centres de consultations publiques, spéciales aux femmes enceintes et destinées à toutes les femmes enceintes, quelle que soit leur condition, faites par des médecins accoucheurs expérimentés, assistés au besoin par des sages-femmes, qui trouveront là un complément et une suite indispensable aux éléments d'obstétrique qu'elles ont trop succintement acquis à l'école et qu'elles ont pour la plupart trop facilement oubliés.

Je suis persuadé que la création de consultations de ce genre, telles d'ailleurs qu'il en existe déjà dans la plupart des services hospitaliers de Paris, mais qui ne sont pas suffisamment organisés en province, diminuerait d'une façon sensible les accidents évitables de la grossesse que nous avons énumérés, et par suite une première cause de la mortalité des femmes en couches.

2° Arrivons maintenant aux accidents survenus au moment de l'accouchement.

Il est certain qu'à cet égard les femmes qui accouchent en dehors des hôpitaux se trouvent dans des conditions d'infériorité très marquées relativement à celles qui accouchent dans les maternités.

Dans les services hospitaliers, en effet, les femmes sont surveillées de près pendant toute la durée du travail et, en cas de dystocie, elles ont, au moment opportun, un secours immédiat par suite de la présence permanente à l'hôpital d'un personnel d'internes et de sages-femmes expérimentés pouvant parer aux premiers accidents, et pouvant compter rapidement sur la présence du chef de service ou de ses adjoints pour les cas graves.

Il est loin d'en être ainsi pour les pauvres femmes qui font leurs couches en dehors des hôpitaux. Le plus souvent ce n'est que tardivement, et simplement parce que le travail traîne en longueur, ou parce qu'un accident grave se produit (hémorragie, procidences, attaques d'éclampsie, etc.) que la sage-femme songe à faire intervenir un médecin. Mais avant que ce médecin soit prévenu, avant qu'il ait pu arriver auprès de la malade, combien de temps s'écoule. Il faut avoir entendu relater par des familles éplorées ces courses souvent interminables, à travers les rues d'une grande ville, pour avoir une idée du temps nécessaire pour se procurer un médecin dont l'intervention est cependant urgente.

Une sage-femme fort consciencieuse me racontait qu'un jour de fête, le 15 août, elle s'était trouvée en présence d'un accouchement par le siège qu'elle ne pouvait terminer seule; elle envoya quérir un accoucheur, mais ce jour-là, la plupart étaient absents de Bordeaux et on dut frapper à *dix-neuf* portes avant de pouvoir ramener un médecin.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares; il me paraît inutile d'insister sur la gravité des accidents qui peuvent être le résultat d'une absence aussi prolongée de secours pour les cas de dystocie.

Eh bien, là aussi, je crois qu'il y aurait un grand progrès à accomplir. Ne pourrait-on pas créer dans toutes les grandes villes une société d'assistance obstétricale composée de médecins accoucheurs de la localité, qui conviendraient entre eux de ne pas s'absenter aux mêmes époques. Grâce aux moyens de communication qui existent aujourd'hui dans toutes les grandes villes, par le téléphone, il suffirait de fixer un poste central, où on saurait constamment quel est l'accoucheur de service sur lequel on pourrait compter en très peu de temps. Que d'accidents graves on éviterait ainsi chez bien des accouchées, et que d'anxiétés on épargnerait aux familles !

Une pareille organisation de l'assistance obstétricale permettrait également aux praticiens des petites villes et de la campagne de pouvoir à un moment donné et très rapidement, par suite de l'existence des communications téléphoniques, aujourd'hui de plus en plus répandues, se mettre en relations avec leurs confrères accoucheurs, dans les cas où ils se trouvent en présence de dystocie grave, comme basiotripsies, symphyséotomies, opérations pour lesquelles ils ne sont généralement pas suffisamment outillés, et de ce fait on éviterait souvent des accidents graves, amenant quelquefois la mort des femmes au moment de l'accouchement.

Je ne sache pas cependant que pareille organisation, qui paraît si simple en elle-même, existe encore dans aucune ville de France.

Il est enfin une dernière cause de la mortalité puerpérale et celle-là est certainement de beaucoup la plus fréquente, je veux parler des accidents infectieux qui surviennent chez les nouvelles accouchées.

J'ai montré comment dans les services hospitaliers, où sont spécialement soignées les femmes en couches, ces accidents étaient devenus absolument rares; on peut même dire qu'ils ont totalement disparu, et cela grâce à une surveillance rigoureuse de l'asepsie et à l'emploi raisonné des méthodes antiseptiques.

Ces accidents infectieux, qui prennent si souvent un caractère grave et se terminent fréquemment par la mort, s'observent malheureusement encore chez les femmes soignées en dehors des hôpitaux. Cela tient à ce que bien souvent ces pauvres femmes ne sont pas soignées aves les précautions antiseptiques dont je parlais tout à l'heure.

La plupart des médecins sont aujourd'hui suffisamment convaincus de l'absolue nécessité de l'asepsie pour éviter les accidents des suites de couches, et le plus souvent les fautes ne leur sont pas directement imputables.

Mais on ne pourrait en dire autant de beaucoup de sages-femmes; malgré tous les efforts que nous déployons dans l'instruction de nos élèves pour leur faire partager notre conviction sur la nécessité absolue des méthodes antiseptiques, beaucoup les négligent soit parce que leur instruction remonte à une époque où ces notions étaient moins précises, soit le plus souvent parce qu'elles ont rapidement oublié les principes enseignés à la faculté.

Il y a quelques semaines, j'étais appelé en consultation par notre confrère, le Dr Lande, actuellement maire de Bordeaux, pour un cas de septicémie puerpérale des plus graves. M. Lande me raconta des fautes monstrueuses contre l'antisepsie, commises par la sage-femme qui avait présidé à l'accouchement. « Et cependant, me dit-il, ce n'est pas une vieille matrone, mais une sage-femme reçue depuis quelques années à peine par notre faculté. »

Combien souvent avons-nous été à même de déplorer de pareils faits, et cependant, quel recours avons-nous contre ces sages-femmes ? Aucun.

Elles exercent leur art néfaste en vertu d'un diplôme en règle et elles continuent à semer le deuil dans les familles.

Eh bien, ce sont les faits de ce genre surtout qui augmentent la mortalité puerpérale en dehors des hôpitaux. Or, je crois qu'il serait possible d'y apporter un remède efficace.

Ce serait d'abord de relever le niveau scientifique et moral des sages-femmes en restreignant leur nombre aujourd'hui trop considérable dans nos grandes villes, en exigeant d'elles des études plus longues, et surtout plus sérieuses, telles par exemple qu'un stage obligatoire comme interne dans une maternité, enfin, et surtout, en ne les laissant pas livrées à elles-mêmes, sans surveillance, une fois qu'elles seraient munies de leur diplôme.

Dans chaque département les pouvoirs publics devraient instituer des commissions de surveillance, qui auraient mission de faire une enquête sur les accidents infectieux présentés par les nouvelles accouchées, et lorsque ces incidents infectieux paraîtraient imputables à une sage-femme, après un premier avertissement, ne pas hésiter à supprimer le droit d'exercer pendant un temps limité que la délinquante devrait aller passer comme interne dans une maternité.

Je suis persuadé, que l'application de ces mesures, que je n'ai pu que vous esquisser, diminuerait d'une façon très sensible la mortalité puerpérale en dehors des hôpitaux, et nous sauverions ainsi la vie à plusieurs milliers de pauvres femmes que leur situation de mères de famille rend tout particulièrement intéressantes.

INTERDICTION DE TRAVAIL AUX ACCOUCHÉES PENDANT UN CERTAIN TEMPS. — INDEMNITÉ A LEUR ACCORDER PENDANT CE CHOMAGE FORCÉ. — MUTUALITÉS MATERNELLES DE PARIS, DE VIENNE (ISÈRE), DE LILLE ET DE DAMMARIE-LES-LYS (SEINE-ET-MARNE).

IV. — Mémoire de M. FÉLIX,

Fondateur et Président honoraire de la Mutualité maternelle de Paris.

La question de l'interdiction de travail aux accouchées a été agitée au congrès de Berlin de 1890. A l'unanimité les dix-sept États européens représentés à ce congrès ont émis le vœu : « Que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après l'accouchement. » Ce vote unanime a été émis à la suite d'un discours de notre ancien président d'honneur, le regretté M. Jules Simon, l'homme qui, malgré l'âge et la fatigue n'avait cessé de mettre ses forces, sa plume et sa parole entraînante et persuasive au service de toutes les œuvres généreuses de son temps.

Examinons rapidement les raisons qui justifient l'interdiction de travail aux femmes accouchées.

L'obligation s'impose : 1° dans l'intérêt de la mère ; 2° dans l'intérêt de l'enfant ; 3° dans l'intérêt du pays ; 4° dans l'intérêt des patrons.

1° *Intérêt de la mère.* — Il a été reconnu de tout temps et dans tous les pays, que l'accouchement entraîne certaines modifications dans la contexture des tissus et dans la constitution de certains organes, en même temps qu'il provoque des phénomènes physiolo-

giques particuliers; l'évolution naturelle de ces phénomènes exige un certain temps pendant lequel la mère est hors d'état de se livrer à ses occupations habituelles. La société obstétricale de Paris, composée de presque tous les hommes qui ont acquis une certaine notoriété dans cette branche de la médecine, a affirmé à l'unanimité qu'une accouchée ne pouvait reprendre son travail qu'après un mois à dater de son accouchement. C'est au péril de leur vie, que les mères enfreignent ces règles qui sont la loi de la nature. Il faut tenir compte aussi, quand la mère ne succombe pas, des graves et incurables infirmités qu'elle contracte, des incapacités de travail, etc.

2° *Intérêt de l'enfant*. — Ainsi que l'a dit M. de Mun, député: « Les inconvénients qui résultent pour les enfants du retour trop hâtif de la mère à la fabrique, après l'accouchement, sont de toute évidence. L'enfant est abandonné, en pareil cas, aux soins d'une autre, souvent d'une mercenaire qui ne s'occupe ni de la propreté, ni de l'aération, ni d'aucune des précautions hygiéniques nécessaires au développement du nouveau-né. Parmi les causes de la mortalité des enfants, les plus meurtrières sont les maladies de l'appareil digestif, ces maladies frappent pour les trois quarts les enfants élevés au biberon. L'enfant nourri au sein pendant un mois aura alors ses organes digestifs moins délicats, plus capables de supporter une nourriture autre que le lait maternel.

3° *Intérêt du pays*. — Il semble superflu de démontrer l'intérêt qu'a tout pays, quel qu'il soit, à prendre les mesures législatives destinées non seulement à atténuer la mortalité, mais à augmenter les natalités. Il y a tout à la fois une question d'humanité et de patriotisme.

4° *Intérêt du patron*. — L'ouvrière n'ayant plus à redouter comme une cause de misère et de privation, la crise de la maternité, fournira un meilleur travail jusqu'au moment de l'accouchement. L'ouvrière complètement rétablie par un repos réparateur, reprendra sans défaillances sa vie normale avec entrain, avec régularité, ce sera une bonne ouvrière et, aveugles et coupables, seraient les patrons qui ne faciliteraient pas, par tous les moyens, le repos obligatoire des mères pendant les quatre semaines qui suivent les couches.

Mutualité maternelle de Paris

Ce qui n'a pu être fait par voie légale, en France, a du moins, été partiellement réalisé par l'initiative privée. Quelques fabricants et négociants, frappés des conséquences terribles d'une reprise trop hâtive du travail après l'accouchement, résolurent d'épargner ces conséquences au plus grand nombre d'ouvrières possible, et en mai 1891, la *Mutualité maternelle* était fondée sous le haut patronage de Mme Carnot et approuvée par arrêté ministériel en date du 21 février 1892.

La *Mutualité maternelle,* c'est-à-dire l'association mutuelle des mères pauvres et riches, a pour but de donner aux sociétaires, lorsqu'elles sont en couches, une indemnité suffisante pour qu'elles puissent s'abstenir de travailler pendant quatre semaines et pour leur permettre de se soigner et de donner à leur enfant les soins qu'il réclame pendant les premières semaines qui suivent la naissance.

Au moment de la fondation, pouvait faire partie de la Société toute ouvrière de nationalité française, âgée de 16 ans au moins, habitant Paris ou le département de la Seine, travaillant ou ayant travaillé au moins un an dans l'une des trois industries suivantes : confection et couture; dentelles et broderies; passementerie, mercerie, boutons et rubans. Les chambres syndicales de ces trois industries parisiennes ont pris la Société sous leur patronage et ont versé ensemble une somme de 10.000 francs; le conseil d'administration comprenait 6 membres patrons et 4 ouvrières ou employées de chacune des trois industries. Depuis, la Société, par addition à ses statuts, a admis des syndicats adhérents; c'est ainsi que les bienfaits de la *Mutualité maternelle* ont pu être étendus aux ouvrières de la confection pour hommes et enfants.

Les fondateurs de cette association n'ont pas voulu qu'elle fût considérée comme une œuvre de bienfaisance, ils ont voulu permettre aux sociétaires de réclamer un droit et leur épargner la douloureuse nécessité de mendier une aumône. Les participants ont donc à verser une cotisation annuelle primitivement fixée à 6 francs, et réduite, depuis le 1er janvier 1895, à 3 francs, soit 0 fr. 25 par mois.

En fixant tout d'abord la cotisation à 6 francs nous avions pensé pouvoir compter sur la participation des ouvrières travaillant dans

les grandes maisons de couture et qui gagnent en moyenne 5 francs par jour, il en a été tout autrement; nos participantes sont en grande majorité de pauvres ouvrières confectionneuses travaillant la plupart pour des entrepreneuses et dont le salaire varie de 0 fr. 75 à 1 franc par jour, presque toutes ont une nombreuse famille et n'arrivent que difficilement à payer la modique somme de 3 francs.

Chaque sociétaire a droit, pendant quatre semaines à dater du jour de l'accouchement, à une indemnité de 12 francs par semaine, à condition qu'elle soit inscrite depuis neuf mois au moins et qu'elle s'abstienne de tout travail pendant ces quatre semaines. Cette indemnité est payée alors même que l'enfant viendrait à mourir avant l'expiration des quatre semaines, une fausse couche est assimilée à l'accouchement.

L'indemnité peut être prolongée pendant une ou deux semaines, sur la demande de l'accouchée et sur attestation de l'un des médecins de l'association motivant l'impossibilité de reprendre le travail.

Une prime de 10 francs est accordée à toute sociétaire qui allaite elle-même son enfant. Les trois premières semaines sont portées aux sociétaires par l'une des inspectrices chargées en même temps de contrôler l'abstention de travail. La quatrième semaine est remise au siège de la Société à la convalescente; son bébé, qu'elle doit apporter, est pesé, examiné, etc., de manière à établir sa fiche.

Les fondateurs de la Société, convaincus que leur but ne pourrait être atteint par le simple versement d'une indemnité de repos, préoccupés non seulement de la vie de l'enfant, mais de la santé de la mère, décidèrent d'assurer aux sociétaires les soins médicaux tant avant l'accouchement qu'après les relevailles.

Un dispensaire gratuit fut fondé, grâce à une allocation sur les fonds du pari mutuel, une réduction importante sur les médicaments fut consentie par les pharmaciens de Paris. Un service médical fut assuré permettant aux sociétaires d'avoir à leur disposition des médecins d'une sérieuse notoriété, se chargeant de l'accouchement et des soins consécutifs, moyennant la modique somme de 50 francs. On a créé un service de layettes et de berceaux. Enfin en ce moment on installe un bureau de placement.

Des dons spéciaux nous ont permis de constituer un fonds de secours nous permettant d'accorder une indemnité réduite aux ouvrières qui, par ignorance, par imprévoyance, ne se sont pas fait inscrire en temps voulu pour avoir droit à l'indemnité statutaire.

Il va sans dire que les modiques cotisations de nos sociétaires sont bien insuffisantes, elles fournissent environ le sixième de nos ressources. Le complément est dû aux cotisations des membres honoraires, aux dons, aux subventions du conseil municipal et du conseil général, aux produits des fêtes, bals, loteries, etc.

Statistique

Il me reste à indiquer les résulats statistiques de notre œuvre depuis sa fondation.

Du 10 avril 1892 au 31 décembre 1899, une indemnité de repos a été accordée à 3.400 participantes.

En défalquant les fausses couches, les mort-nés et les enfants non viables, il reste un total de 3.083 enfants nés viables, le nombre des décès a été de 218, soit 7 p. 100.

La mortalité normale des enfants du premier âge dans la classe ouvrière de Paris, d'après les statistiques municipales, est de 35 à 40 p. 100.

Le chiffre des décès des mères est insignifiant, ce qui peut se chiffrer ce sont les santés complètement rétablies, les misères secourues, les privations évitées.

Notons encore que 77 p. 100 de nos enfants sont nourris au sein.

Le nombre des visites au dispensaire pendant ces huit années a été de 28.197.

On peut objecter qu'une organisation comme celle de la *Mutualité maternelle* peut se faire à Paris, mais qu'elle est inapplicable ailleurs. A cela je réponds que des mutualités maternelles copiées sur celle de Paris ont été créées : 1° à Vienne (Isère) par M. Bonnier, fabricant de draperies à Vienne ; 2° à Lille, par M. Foubert, et 3° à Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne), par M. Félix, couturier, fondateur et président honoraire de la *Mutualité maternelle de Paris* ; que toutes

trois fonctionnent admirablement, et donnent des résultats tout aussi satisfaisants que la *Mutualité maternelle de Paris*.

La *Mutualité maternelle de Dammarie-les-Lys* (petite localité de 1.600 habitants) est un modèle parfait à tous égards, tous les ménages ouvriers en font partie.

Moyennant la minime cotisation de 1 franc par an, les sociétaires ont droit à une indemnité de 8 francs par semaine pendant les quatre semaines qui suivent l'accouchement. Une prime d'allaitement de 10 francs est accordée à toute mère qui allaite elle-même son enfant.

Un dispensaire a été créé où les participantes ainsi que les membres honoraires, ouvriers, hommes ou femmes ont droit, à titre gratuit, aux consultations et aux soins médicaux qui peuvent se donner au dispensaire même. Quelques médicaments sont donnés gratuitement.

Il est, en outre, distribué, en cas de nécessité reconnue, des layettes, vêtements, étoffes pour les jeunes enfants, et des toniques, des fortifiants pour les jeunes mères.

Les frais du dispensaire sont presque nuls, ils ne dépassent pas 1.000 francs par an.

Il reste une somme de 1.500 francs à la caisse des dépôts et consignations.

On ne saurait trop faire connaître une œuvre qui rend de si grands services et la proposer en exemple.

Conclusion

Bien que nous soyons fiers de notre œuvre, nous sommes prêts à nous effacer et à disparaître aussitôt que le parlement français aura voté une loi interdisant le travail aux accouchées. D'ici là, nous nous bornons à solliciter du Gouvernement, de la ville de Paris et du département de la Seine un appui qui nous permette non seulement de vivre, mais d'étendre nos bienfaits à toutes les ouvrières sans exception du département de la Seine; l'appui du conseil municipal et du conseil général nous est acquis, nous sommes convaincus que d'ici peu celui de l'État ne nous fera pas défaut. Nos amis du parlement sauront faire valoir que nous épargnons dans une large mesure les deniers de l'assistance publique.

Peut-être à la suite de cette communication le Congrès estimera-t-il qu'il y lieu de renouveler le vœu du congrès de Berlin, mais nous désirons que le vœu en question soit complété comme suit : « D'une manière ou d'une autre, les accouchées seront indemnisées du chômage forcé que leur imposera la loi et, dans la mesure du possible, les soins médicaux et les mesures d'assistance indispensables, avant et après l'accouchement, leur seront assurés. »

Ce sera une grande joie pour les fondateurs de la *Mutualité maternelle de Paris*, et un grand honneur pour la France, d'avoir fait quelque chose pour hâter, dans tous les pays, ce progrès que réclament la justice et l'humanité.

DU DOMICILE DE SECOURS DES ALIÉNÉS

V. — Mémoire de **M. le Dr A. GIRAUD,**

Directeur-Médecin de l'Asile de Saint-Yon,

en collaboration

avec **M. H. CHANDELIER,**

Chef de Division à la Préfecture de la Seine-Inférieure.

La fixation du domicile de secours est la base de toute assistance organisée. C'est ce que disait au congrès d'assistance de 1889 M. le Dr Drouineau, et c'est ce que voient tous ceux qui s'occupent des questions d'assistance. La charité privée peut venir au secours d'un malheureux, mais, dans notre organisation sociale actuelle, elle est insuffisante pour parer à toutes les misères, et l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître que les collectivités ont le devoir d'intervenir pour secourir ceux de leurs membres qui restent dénués de ressources lorsqu'ils tombent malades ou infirmes. La fixation du domicile de secours n'est autre que la détermination de la collectivité qui doit assister un nécessiteux.

Le principe est facile à poser, mais la difficulté réside dans son application. Où commence, en effet, et où s'arrête le groupement d'individus ayant la charge d'assister un nécessiteux? Les collectivités sont comme les individualités. Il y en a de grandes et de petites, de riches et de pauvres.

Cette question du domicile de secours se retrouve pour toutes les catégories de nécessiteux à assister. Les charges de l'assistance varient suivant les diverses catégories. Une maladie aiguë n'impose

qu'une charge temporaire, généralement de courte durée. Une infirmité incurable impose une charge permanente, souvent de longue durée. C'est là ce qui complique le problème de l'assistance.

Nous bornerons aujourd'hui notre étude à l'examen du domicile de secours des aliénés. Nous ne perdrons pas de vue que nous soumettons notre travail à un congrès international, mais nous nous appuierons surtout, dans nos propositions, sur ce que nous avons observé dans notre pays, parce que chacun doit apporter ici le fruit de son expérience personnelle, parce que nous examinons la question au point de vue des principes de l'assistance, et parce que ces principes sont les mêmes dans tous les pays.

On peut dire que le seul mode pratique d'assistance usité pour les aliénés est l'hospitalisation dans des établissements spéciaux.

Les colonies familiales telles que Ghéel et Lierneux, en Belgique, Dun-sur-Auron, en France, ne sont que des variétés dans l'hospitalisation.

Il est intéressant de se reporter à soixante ans en arrière, et voici ce qu'on trouve, en France, dans une circulaire du ministre de l'Intérieur aux préfets, à la date du 5 août 1839 : « Il faut d'ailleurs, remarquer encore qu'il est beaucoup d'aliénés qui, malgré un caractère paisible et des habitudes douces et tranquilles, n'en sont pas moins dangereux, si leurs familles ne sont pas en position d'exercer ou de faire exercer sur eux une surveillance continuelle. C'est ainsi que l'expérience de l'Administration et des tribunaux démontre qu'un très grand nombre d'incendies et d'autres malheurs ont été occasionnés par des insensés, d'ailleurs inoffensifs, et que, par cela même, on laissait errer en liberté.

« Enfin, il faut remarquer que, chez une grande partie des aliénés, la maladie, soignée dans les premiers temps, cède aux efforts de l'art; tandis que, plus tard, elle devient incurable. Tel aliéné qu'aurait guéri un traitement de quelques mois, risque, si ce traitement ne lui est pas donné assez tôt, de devenir à jamais fou et furieux, et par conséquent, de tomber pour toute sa vie à la charge de la charité publique. Pour ce rapport encore, les prescriptions de la loi se trouvent d'accord avec les vœux de l'humanité et avec les conseils d'une économie éclairée. »

On l'a répété depuis, bien souvent : non seulement il faut assister

les aliénés, mais encore, il faut les assister à temps, c'est-à-dire dès le début de la maladie. Or, pour que l'assistance soit bien donnée et efficace, il faut bien déterminer à qui incombe la charge de cette assistance pour qu'il n'y ait ni lenteurs ni conflits lors du placement des malades. C'est là ce qui fait l'intérêt de la question du domicile de secours des aliénés.

En France, jusqu'à ces dernières années, le domicile de secours, pour toutes les catégories de nécessiteux, était établi d'après une loi datant de la fin du siècle dernier (24 vendémiaire an II). Le lieu de naissance était le lieu naturel du domicile de secours; ce domicile donné par la naissance persistait dans tous les cas jusqu'à la majorité, c'est-à-dire jusqu'à 21 ans, et ensuite jusqu'à ce qu'on eût acquis un autre domicile par un séjour d'une certaine durée dans une autre commune. En cas de nouveau changement, on conservait son ancien domicile tant que le délai pour en acquérir un nouveau n'était pas échu. D'après cette loi, les secours publics devaient être donnés dans la commune, c'est-à-dire dans la collectivité la plus réduite au point de vue de l'organisation administrative du pays.

L'hospitalisation des aliénés était une charge beaucoup trop lourde pour un grand nombre de communes qui ne sont constituées que par le groupement de quelques centaines d'individus. En d'autres termes, malgré leur organisation administrative constituant la commune, il y avait des collectivités trop réduites pour avoir la charge exclusive de l'assistance des aliénés.

Comme l'a exposé M. le Dr Drouineau au congrès d'assistance de 1889, la loi du 30 juin 1838, en créant des conditions spéciales au placement des aliénés en France, avait modifié d'une certaine manière les prescriptions de la loi de vendémiaire. « Le principe du domicile de secours, dit M. le Dr Drouineau, il est vrai, n'a pas été atteint, mais le placement d'office par arrêté préfectoral a créé du même coup l'obligation du secours communal et départemental, en ce qui touche le domicile de secours.

« La loi ayant créé, en effet, ce qui n'existait encore que pour les enfants assistés, un domicile départemental, chaque département doit les secours aux aliénés domiciliés de fait ou d'origine; à défaut de la responsabilité des personnes, ou des familles, des

communes, le placement d'office entraîne la responsabilité du département qui doit subir la charge complète lorsqu'il est dans l'impossibilité d'établir, en dehors de son territoire, la commune ou le département où doit se répéter le secours. La responsabilité s'arrêtant au département est parfois assez lourde et cependant, depuis que la loi de 1838 a consacré ce nouveau domicile de secours, on ne peut pas discuter les avantages sérieux qu'il a apportés à l'assistance des aliénés, ils sont incontestables et universellement admis. La question aujourd'hui est donc, non pas de modifier ce qui existe, mais de l'améliorer en rendant la loi de vendémiaire d'une application toujours possible, et en diminuant ce qu'il peut y avoir d'excessif dans la responsabilité limitée au département. »

Ce qu'a signalé le Dr Drouineau, sans le développer davantage, c'est qu'on a réalisé en France un grand progrès dans l'assistance des aliénés en faisant intervenir, pour partager les charges de cette assistance, une collectivité infiniment plus étendue que la commune, et comprenant un groupement de plusieurs centaines de communes, une collectivité du second degré si on peut s'exprimer ainsi. Cette considération doit s'appliquer à tous les pays et nous pouvons formuler une première proposition générale, c'est *que le domicile de secours des aliénés doit être à la fois local et régional*.

On rencontre, pour la détermination du domicile de secours des aliénés, des difficultés tenant à ce qu'un grand nombre de malades ont changé une ou plusieurs fois de résidence. Ces changements de résidence de la part de ceux qui sont admis dans les asiles d'aliénés paraissent dépasser très notablement ce qu'on rencontre pour la population normale. Ainsi, sur un relevé des admissions dans les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, pendant une période de dix ans, nous avons trouvé sur un total de 3.061 malades :

1.025	ayant conservé leur domicile dans la commune où ils étaient nés, soit une proportion de	33,49 0/0
247	ayant quitté leur lieu de naissance et domiciliés dans une autre commune du canton, soit une proportion de.....	8,07 —
501	ayant quitté leur lieu de naissance et leur canton, mais domiciliés dans une autre commune de l'arrondissement, soit une proportion de	16,37 —

468	ayant quitté leur lieu de naissance et leur arrondissement, mais restés domiciliés dans le département, soit une proportion de..	15,20 0/0
769	originaires d'un autre département, soit une proportion de	25,12 —
42	originaires d'un pays étranger, soit une proportion de	1,37 —
9	lieu de naissance inconnu, soit une proportion de.....	0,29 —

Voilà ce que nous avons observé personnellement. Dans le département où nous sommes attachés par nos fonctions, un tiers seulement des aliénés sont restés domiciliés à leur lieu de naisance et un quart sont originaires d'autres départements.

Le Dr Drouineau avait raison de dire au premier congrès d'assistance que la responsabilité s'arrêtant au département était parfois assez lourde, et nous avons vu, dans notre pays, la difficulté s'accroître depuis 1889, pour fixer le domicile de secours des aliénés. Une nouvelle loi pour l'assistance médicale gratuite, loi du 15 juillet 1893, a modifié, en ce qui concerne le domicile de secours des indigents, l'ancienne loi de vendémiaire. D'après les dispositions de cette loi de vendémiaire, on était censé conserver son dernier domicile tant que le délai exigé pour le nouveau n'était pas échu.

D'après la loi française du 15 juillet 1893, le domicile de secours se perd par une absence ininterrompue d'une année, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation. Il en résulte qu'on peut perdre son domicile de secours avant d'en avoir acquis un nouveau, lorsqu'on ne s'arrête nulle part assez longtemps pour acquérir ce nouveau domicile. Un certain nombre d'aliénés n'ont donc plus de domicile de secours. Mais alors, quelle est la collectivité ayant la charge de leur assistance? La jurisprudence en France a établi que d'après notre législation sur les aliénés, c'était le département où ils avaient été recueillis. Nous ne critiquons nullement la loi du 15 juillet 1893, d'autant plus que cette loi, née des travaux du congrès de 1889, est un grand progrès au point de vue de l'assistance publique, et on ne saurait faire un reproche de n'avoir pas résolu d'emblée tous les problèmes que soulève l'assistance. Notre ancienne législation avait un inconvénient, c'était celui de laisser à

la charge de collectivités les frais d'assistance d'individus qui avaient quitté leur domicile depuis de longues années sans s'être fixés nulle part. Une nouvelle jurisprudence met à la charge de collectivités, qu'on appelle les départements, les frais d'assistance d'aliénés par le fait de leur rencontre dans ce département. Nous croyons qu'au point de vue des principes de l'assistance c'est un inconvénient de subordonner le droit au secours aux hasards d'une rencontre. Il est trop dans l'essence de la nature humaine de chercher, en pareil cas, quand on le peut, à passer la charge à un voisin, et c'est toujours l'assisté qui en souffre.

Certains pays, la Hollande par exemple, nous paraissent avoir été bien inspirés, en prenant à la charge de l'État les frais d'assistance des aliénés qui n'ont pas de domicile de secours local. C'est ce qui se fait en France pour les malades autres que les aliénés, et il est logique d'admettre que, *si, par l'effet de migrations, le domicile de secours local ou régional a été perdu, la charge de l'assistance doit incomber à une collectivité plus étendue, la nation.*

Il nous reste à parler d'une dernière catégorie d'aliénés, ceux qui sont de nationalité étrangère. La plupart des pays font rapatrier leurs nationaux aliénés et, d'une manière générale, on ne peut qu'émettre le vœu de voir cette mesure se généraliser. Il y a, toutefois, une réserve à faire, c'est celle où un réfugié politique deviendrait aliéné. On ne peut pas admettre qu'une maladie, la folie, puisse avoir pour effet d'autoriser l'extradition qui ne serait pas accordée si l'individu était demeuré en bonne santé. Il paraît évident qu'en pareil cas la charge d'assistance doit incomber à la nation qui exerce le droit d'asile.

Il existe encore des circonstances où le transfèrement à l'étranger soulève des objections, par exemple, lorsqu'une femme, mariée à un étranger, se trouve, par le fait de son mariage, avoir changé de nationalité, et devient aliénée. Il est peu conforme aux règles de l'humanité de transporter cette femme dans le pays d'origine de son mari, si elle doit se trouver loin de sa famille et des personnes qui s'intéressent à elle, ne connaissant pas la langue de la contrée où elle va se trouver, par conséquent, dans des conditions aussi défavorables que possible pour sa guérison. Il serait à désirer que ces divers cas fussent réglés par des conventions internationales, et

qu'aucun pays ne se désintéressât de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger.

Nous avons été à même d'observer que, dans les cas où un aliéné étranger est rapatrié dans son pays, un délai assez long s'écoule toujours entre le moment où l'individu a été reconnu aliéné, et le moment où le droit au secours est admis par le gouvernement étranger; puis, il y a encore un délai de quelques semaines avant que le transfèrement puisse avoir lieu. La procédure pourrait certainement être simplifiée sans rien enlever aux garanties qu'on est en droit de demander de part et d'autre.

Tels sont les principaux points sur lesquels nous avons cru devoir appeler l'attention du Congrès. Il va de soi que le traitement des aliénés indigents, comme celui des autres malades, doit toujours être assuré dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'un retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu. On doit donner ce traitement le plus tôt possible, aussi bien dans l'intérêt du malade que dans celui de la société. Pour qu'il n'y ait pas de lacune dans cette branche de l'assistance, il importe de bien fixer quelles sont les collectivités qui ont la charge de cette assistance. Les congrès sont appelés à donner des consultations qui sont toujours écoutées par les pouvoirs publics, et nous vous proposons d'émettre l'avis suivant :

1° Le traitement des aliénés indigents doit toujours être assuré, dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'aucun retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu ;

2° Le domicile de secours des aliénés doit être à la fois local et régional pour mieux répartir les charges de l'assistance ;

3° Lorsque, par le fait de migrations dans le pays, l'aliéné a perdu tout à la fois son domicile de secours local et régional, la charge de son assistance doit incomber à l'État ;

4° Aucun gouvernement ne doit se désintéresser de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger, et des conventions internationales doivent régler les divers cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance.

DU PATRONAGE DES NÉCESSITEUX SORTANT DES ASILES D'ALIÉNÉS

VI. — Mémoire de M. le Dr A. GIRAUD,

Directeur-Médecin de l'Asile de Saint-Yon.

L'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés est toujours utile et souvent nécessaire. On a, dans tous les pays civilisés, organisé des établissements spéciaux pour le traitement des aliénés, mais l'indigent guéri, sortant de ces établissements spéciaux, se trouve, lorsqu'il n'a personne pour lui venir en aide, aux prises avec toutes les difficultés de la vie. C'est ce que Cazauvielh exprimait en termes émus dès 1840. Des personnes généreuses ont organisé sur divers points, pour cette catégorie de nécessiteux, des sociétés dites de patronage. Nous connaissons des sociétés de ce genre en Allemagne, en Angleterre, en Autriche-Hongrie, en Belgique, en France, en Italie, en Suisse. La question n'est donc pas neuve, mais ce qui la rend intéressante et toujours actuelle, c'est que cette assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne s'est pas encore généralisée; elle est, dans chaque pays, restée limitée à quelques régions; elle fait défaut à la sortie de beaucoup d'établissements.

Je ne m'étendrai pas sur l'historique du patronage des malades sortant des asiles d'aliénés, quoique j'aie entre les mains de nombreux documents. Je me bornerai à rappeler qu'un mémoire du Dr Donnet a été lu et discuté au premier congrès international d'assistance en 1889 (séance du 1er août, 4e section). Un rapport très complet

du Dr Bourneville a été présenté et a fait l'objet d'une grande discussion en 1891, au Conseil supérieur de l'assistance publique en France. J'ai moi-même, en 1893, au congrès des médecins aliénistes de langue française, à la Rochelle, apporté, avec la collaboration du Dr Ladame de Genève, un volumineux mémoire sur cette question des sociétés de patronage pour les aliénés. Enfin, dans ces dernières années, un grand mouvement s'est fait en Belgique, en faveur du patronage. On peut consulter tous les documents qui ont déjà été produits, et je ne veux pas les rééditer ici. Si je reviens sur la question, c'est parce que, en matière d'assistance, comme en bien d'autres matières, on ne doit pas s'arrêter en chemin tant que le but n'est pas atteint. Il y a de grosses lacunes dans l'assistance des nécessiteux sortant des asiles d'aliénés, et nous devons chercher à combler ces lacunes.

Un des caractères du patronage des aliénés, c'est qu'il ressort presque toujours de la bienfaisance privée. Il n'existe nulle part de dispositions législatives à cet égard et, naturellement, les efforts faits pour organiser ce patronage ont été isolés. Les pouvoirs publics ont bien pu l'encourager, donner des avis, même des subventions, mais c'est tout. On comprend d'ailleurs difficilement l'intervention obligatoire des pouvoirs publics vis-à-vis d'un malade sorti de l'asile d'aliénés et ayant recouvré l'exercice de ses droits civils et politiques. L'assistance officielle et obligatoire donnée aux aliénés est limitée à l'asile (1), et cette assistance s'accompagne tout à la fois de dispositions législatives pour assurer la sécurité publique que l'aliéné peut mettre en danger, et de dispositions pour éviter que des citoyens ne soient séquestrés arbitrairement sous le prétexte non justifié de folie. L'aliéné est assisté à l'asile, en même temps que la société est protégée contre lui. C'est là le ressort de l'assistance officielle ou publique. A la bienfaisance privée appartient le soin de venir en aide aux nécessiteux sortant de l'asile d'aliénés. Or, il est dans le rôle des congrès, plus particulièrement des congrès internationaux, de coordonner les efforts de la bienfaisance privée, et de

(1) Je ne fais point de distinction, au point de vue assistance, entre l'asile proprement dit, et les colonies, comme Ghéel, Lierneux, Dun-sur-Auron, où les malades restent sous la surveillance et la direction d'un médecin d'asile.

généraliser ces efforts pour le profit des malheureux. Une objection a été faite contre le principe des sociétés de patronage. Elle est fondée sur la théorie que ces sociétés ne peuvent fonctionner que par une violation du secret médical.

Partisan très convaincu du secret professionnel, non seulement parce que sa violation m'expose à une pénalité, mais encore parce que je considère ce secret comme étant d'ordre public, je regarde l'objection faite de ce chef à l'institution des sociétés de patronage comme un pur paradoxe. On ne peut pas laisser un individu mourir de faim sous prétexte qu'en lui venant en aide on révélera qu'il a été malade. On ne viole pas un secret en permettant à un nécessiteux de demander assistance parce qu'il a été malade. C'est le nécessiteux qui vient frapper à la porte de la société de patronage, et celui qui l'assiste est lié lui-même par le secret professionnel. Jamais les comptes rendus des sociétés de patronage ne révèlent le nom des assistés. Je maintiens ce que j'ai dit en 1893 : « La société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout, lorsqu'après avoir assisté les aliénés dans un asile, elle les laisse, au sortir de cet asile, sans appui, sans ressources, sans secours et exposés à une rechute. Il y a là une lacune aussi bien au point de vue humanitaire qu'au point de vue économique »

Une des premières difficultés que l'on rencontre dans l'organisation d'une œuvre d'assistance est la création de ressources. L'argent est le nerf de l'assistance, comme il est le nerf de la guerre. J'ai soutenu que l'organisation d'une société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible.

Voici ce que nous avons obtenu, mon collègue de Quatre-Mares et moi, pour les aliénés nécessiteux sortant des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure :

MM. les directeurs-médecins, conjointement avec la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure,

Vu la délibération du conseil général en date du 12 avril 1893, statuant que « les fonds provenant du pécule des aliénés décédés, et leurs effets, attribués jusqu'à présent aux asiles, seront désormais employés par les soins de MM. les directeurs, sous le contrôle de la commission de surveillance, à secourir les aliénés nécessiteux qui sortiront des établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon » ;

Ont pris les dispositions suivantes en vue d'assurer l'exécution de ladite délibération qui, n'ayant pas été frappée d'annulation, est devenue exécutoire à partir du 4 mai 1893, la session du conseil général ayant été close le 13 avril 1893. (Art. 47 de la loi du 10 août 1871.)

RÈGLEMENT

SECOURS EN ARGENT

1° Il est institué une caisse de secours pour venir en aide aux aliénés nécessiteux sortis des asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon;

2° La caisse de secours est alimentée par le pécule des aliénés décédés et par les subventions qui pourront être accordées par le conseil général. Le pécule des malades décédés depuis le 4 mai 1893 jusqu'à ce jour sera immédiatement versé à cette caisse, dont le receveur des asiles est constitué le trésorier. A l'avenir, les versements auront lieu dans les huit premiers jours de chaque trimestre;

3° Les secours aux aliénés nécessiteux sont accordés, au moment de la sortie (provisoire ou définitive), par le directeur-médecin de Quatre-Mares pour les hommes, par le directeur-médecin de Saint-Yon pour les femmes. Le secours peut être renouvelé sur l'avis favorable d'un membre délégué de la commission de surveillance dans les trois mois qui suivent la sortie du malade, sans cependant que le total des sommes allouées au même malade puisse dépasser 50 francs;

4° Passé ce délai de trois mois, après la sortie, ou après allocation d'une somme de 50 francs, les secours en argent ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la commission de surveillance;

5° Le receveur ne peut conserver en caisse pour fonds de secours une somme excédant 500 francs. Le surplus des fonds de la caisse de secours sera placé en un livret de la caisse d'épargne de Rouen. Lorsque par les apports qui seront faits successivement à la caisse de secours, le livret de cette caisse paraîtra devoir dépasser 2.000 francs, MM. les directeurs des asiles se pourvoiront aux fins d'obtenir, par application des articles 13 et 21 de la loi du 9 août 1881, que le compte courant de la caisse de secours soit porté à 8.000 francs. Le receveur aura seul qualité pour verser les fonds à la caisse d'épargne et les retirer en tout ou partie sur une autorisation de l'un de MM. les directeurs;

6° Les directeurs-médecins présenteront conjointement chaque année au mois de janvier, à la commission de surveillance, un rapport sur les opérations de l'année et sur la situation financière de la caisse de secours.

SECOURS EN NATURE

1° Il est formé dans chaque asile et sous la garde de l'économe de l'établissement, un vestiaire alimenté avec le linge et les vêtements provenant des aliénés décédés;

2° Indépendamment des secours en argent susénoncés, des secours en nature, linge et vêtements, sont accordés aux aliénés nécessiteux au moment de leur sortie, avec les objets provenant de ce vestiaire, et sur un bon du directeur-médecin;

3° Les secours en nature peuvent être renouvelés sur un bon du directeur médecin dans les six mois qui suivent la sortie du malade. Passé ce délai, les secours ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la commission de surveillance;

4° Les directeurs-médecins présenteront conjointement chaque année, au mois de janvier, à la commission de surveillance, le relevé des secours en nature pendant l'année écoulée et l'état de situation du vestiaire, dans chaque asile, au 31 décembre.

30 mai 1893.

Vu et approuvé:
Rouen, le 6 juin 1893.
Le préfet,
HENDLÉ.

Nos premiers fonds de la caisse de secours nous sont venus d'un don spontané.

La première année de fonctionnement en 1893, le nombre des assistés a été de 24; la somme distribuée a été de 260 fr. 50 et 45 objets de vêture ont été donnés.

La seconde année, en 1894, nous avons eu 40 assistés; nous avons alloué 555 francs de secours en argent et donné 117 objets de vêture.

La troisième année en 1895, nous comptons 45 assistés, entre lesquels sont répartis 669 francs de secours en argent et 110 objets de vêture.

La quatrième année en 1896, nous avons eu 59 assistés, 829 francs de secours en argent et 176 objets de vêture donnés.

La cinquième année, en 1897, le nombre des assistés est de 54, avec 712 francs de secours en argent et 150 objets de vêture distribués.

La sixième année, en 1898, le nombre des assistés s'est élevé à 62, avec 961 francs de secours en argent et 253 objets de vêture donnés.

Enfin la septième année, en 1899, nous avons eu 42 assistés, entre lesquels nous avons réparti 680 francs de secours en argent et 136 objets de vêture.

En somme, de 1893, date de la création de l'œuvre, à 1899 inclus, nous avons pu distribuer à nos assistés des secours en argent formant un total de 4.684 fr. 50 et des secours en nature consistant en 988 objets de vêture. Tous les secours en argent sont indépendants du pécule formé par la rétribution du travail de l'aliéné à l'asile et que le malade reçoit à sa sortie.

Nous recevons pour alimenter la caisse, tous les ans, un ou plusieurs dons, l'intérêt du fonds de réserve et le produit du pécule des aliénés décédés. Au 31 décembre dernier, le fonds de réserve s'élevait à 11.552 francs, dont 11.400 francs déposés à la caisse d'épargne de Rouen, produisant intérêt, et 150 francs entre les mains du receveur, pour les besoins courants. A cette même date, il y avait au vestiaire 592 objets de vêture à l'usage des hommes, et 344 objets de vêture à l'usage des femmes.

Voilà, à titre d'exemple, les résultats auxquels nous sommes arrivés en sept ans, en France, dans le département de la Seine-Inférieure. On voit ce qu'on peut obtenir avec une volonté persévérante.

Je n'ai jamais eu l'intention de donner notre règlement comme répondant à un idéal, et voici ce que je disais dans un des rapports que nous devons présenter chaque année à la commission de surveillance : Le fonctionnement de la caisse de secours est très simple et n'implique aucune dépense de frais d'administration. C'est là un avantage que personne ne peut contester. Mais, comme nous l'exposions déjà l'année dernière, dans notre premier rapport sur la situation de l'œuvre, notre organisation présente une lacune. Nous perdons de vue trop tôt les aliénés guéris parce que nous n'avons pas de correspondants pour nous renseigner sur la situation de ceux dont nous avons en vue d'éviter les rechutes. Nous sentons surtout cette lacune quand nous sommes appelés à demander un renouvellement de secours. Le malade guéri nous écrit et dans sa lettre nous dit qu'il est dans une situation difficile. Or, nous n'avons pas de moyens de contrôle ; nous hésitons à provoquer une enquête par voie administrative, le résultat est que le renouvellement du secours ne s'est produit, jusqu'à présent, qu'à titre très exceptionnel et, dans un certain nombre de cas, notre assistance a dû être insuffisante. Le secours donné à la sortie doit permettre à l'assisté de vivre jusqu'au moment où il aura retrouvé des moyens normaux d'existence ; or, nous

manquons le plus habituellement de renseignements sur les difficultés que rencontrera l'aliéné convalescent rentrant dans son pays. On m'excusera de prendre toujours comme exemple l'œuvre à laquelle j'ai collaboré, parce que j'ai pu en apprécier mieux que de toute autre, les avantages et les lacunes, mais on doit aussi se demander pourquoi nous n'avons pas cherché à faire mieux.

Lorsque la question de l'assistance des nécessiteux sortant de nos asiles d'aliénés a été mise à l'étude dans le département de la Seine-Inférieure, nous venions de recevoir le programme du Conseil supérieur de l'assistance publique, programme très complet, comprenant des secours en argent, en linge, en vêtements, en outils, dégagement des objets mis au mont-de-piété, placement des malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, placement définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc. Nous étions en présence de deux courants d'opinion. D'une part, un certain nombre de personnes, effrayées de l'étendue du programme, étaient d'avis de rester dans le *statu quo*, et, par conséquent, de ne rien faire; d'autre part, des personnes désireuses d'assister les malheureux, mais habituées à ne pas agir sans le concours des administrations publiques voulaient placer l'œuvre sous la direction d'un comité formé d'éléments divers, et où devaient entrer des hommes politiques. D'un côté comme de l'autre, nous étions menacés de voir renvoyer l'étude à des commissions et à des sous-commissions, en un mot de ne pas aboutir. Nous ne pouvions pas songer, ne possédant rien, à monter d'emblée un patronage analogue à celui de Falret (œuvre qui, fondée en 1841, a aujourd'hui un budget annuel de près de 40.000 francs), ou bien prendre comme modèle la société de patronage de Milan qui avait un actif de plus de 260.000 francs. Il fallait être modeste et réussir, pour montrer que nous n'étions pas des utopistes.

D'un commun accord avec le président de la commission de surveillance nous avons proposé, en attendant des études plus complètes, la création immédiate d'une caisse de secours, avec une organisation analogue à celle qui avait été adoptée jadis par David Richard à Stephansfeld. Nous avions encore comme précédent l'asile de Bailleul, où M. Leblond avait introduit l'œuvre qu'il avait connue

à Stephansfeld. Nos propositions ont été admises et nous avons pu venir de suite en aide aux nécessiteux sortant des asiles de la Seine-Inférieure. Un fonds de réserve ayant été créé et portant intérêt, nos ressources s'accroissent, notre patronage peut se développer. Notre capital va nous amener à réclamer la déclaration publique, c'est-à-dire la capacité civile pour laquelle une organisation plus complète sera nécessaire, et le patronage sera définitivement fondé en ayant évité toutes les causes d'insuccès.

J'ai soutenu dans ce mémoire, comme je l'avais déjà fait en 1893, à la Rochelle, que l'absence d'un secours suffisant aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés était une lacune dans l'assistance, et qu'il suffisait de vouloir pour que cette lacune fut comblée. Mon sentiment est que cette assistance est du domaine de la bienfaisance privée à côté de l'assistance officielle donnée dans les asiles d'aliénés. Elle peut recevoir le concours des pouvoirs publics, mais elle doit en être indépendante.

Dans toutes les assistances, on trouve deux modes de secours: l'hospitalisation et le secours à domicile. Lorsque l'assisté n'a pas de domicile, il faut nécessairement lui en procurer un, mais on ne doit pas laisser perdre de vue à cet assisté qu'il doit d'abord chercher à se suffire à lui-même par son travail, et son admission dans un refuge-ouvroir ne peut être que temporaire. Ceux qui, sortis de l'asile d'aliénés, seraient reconnus incapables de gagner leur vie ne peuvent pas être entretenus par les sociétés de patronage, ce sont des imbéciles ou des déments qui doivent retomber à la charge de l'assistance publique. Ils doivent être réintégrés à l'asile, à moins qu'ils ne soient placés dans des colonies comme à Dun-sur-Auron. Chaque pays a son génie particulier. Dans la Suisse allemande où l'initiative individuelle existe à un très haut point, les sociétés de patronage se sont tout particulièrement développées et comptent généralement un très grand nombre de membres. Ainsi la Société bernoise de secours aux aliénés comptait en 1890, d'après les documents fournis par le Dr Ladame, six mille cinq cent cinquante membres.

Une assistance très intéressante est celle qui est faite par les personnes qu'on appelle dans un certain nombre de sociétés les *correspondants*. Dans les sociétés de patronage allemandes le *correspondant*

est désigné sous le nom de *Vertrauensmann*, qu'on peut ce traduire en français par « homme de confiance. »

Au congrès national d'assistance de Rouen, en 1897, il a été question des maires des communes comme correspondants des sociétés de patronage pour les aliénés, mais, a dit le Dr Cortyl, directeur-médecin de l'asile de Bailleul, « MM. les maires des communes donnent très volontiers des certificats d'indigence; son administré est toujours dans la plus affreuse misère, ses besoins sont des plus urgents et, si vous lui envoyez un secours, c'est pour venir en aide au bureau de bienfaisance de la commune: vous avez reçu tel ou tel secours de l'asile, vous ne devez donc pas venir demander aide et secours au bureau de bienfaisance. Je vous le demande, messieurs, ajoutait le Dr Cortyl, notre œuvre doit-elle être une succursale des bureaux de bienfaisance? Je ne le crois pas, et je suis persuadé que vous partagerez mon avis. »

La conséquence est qu'à Bailleul on avait renoncé à utiliser les maires comme correspondants pour les secours à donner aux nécessiteux sortis de l'asile, et même à renouveler le secours, ce qui me paraît une autre exagération, mais cela vient à l'appui de ce que je disais, que le patronage des nécessiteux sortis des asiles doit être indépendant des pouvoirs publics.

Chaque pays, ai-je dit, a son génie particulier. En Belgique, j'ai remarqué une tendance à établir un lien entre les divers patronages de diverses natures. Il y a certainement intérêt à ce que les patronages de même nature ne restent pas isolés les uns des autres. On peut s'aider de l'expérience d'autrui. D'ailleurs, en France, en 1891, le Conseil supérieur de l'assistance publique a, lui aussi, pour ce qui regarde le patronage des aliénés formulé la proposition suivante: « Il y a intérêt à établir un lien entre les différentes sociétés de patronage. » Quant à former une union des patronages de toute nature, quoiqu'on dise que l'union fait la force, que les méthodes d'assistance sont toujours les mêmes, qu'on trouve généralement les mêmes personnes affiliées aux diverses sociétés de patronage, je crois qu'il y a des réserves à faire. Par exemple, le patronage des nécessiteux sortant des asiles d'aliénés doit être bien distinct du patronage des prisonniers libérés. Il ne faut pas qu'on puisse établir d'analogie entre l'asile d'aliénés et la prison,

et chaque patronage doit avoir ses ressources propres qu'on ne peut pas changer d'affectation.

De même que j'ai réduit à sa plus simple expression l'historique du patronage des aliénés, je n'entrerai pas dans les détails d'organisation, et je ne passerai pas en revue les statuts ou règlements que j'ai pu réunir des diverses sociétés de patronage; cela m'entraînerait à des développements excessifs ne pouvant pas cadrer avec nos travaux de section; puis, le Congrès n'a pour rôle qu'à discuter les questions de principe. Le principe est que tous les nécessiteux sortant des asiles d'aliénés doivent trouver aide et protection quand ils sont aux prises avec les difficultés de la vie, et je termine en déposant la proposition suivante:

Le Congrès émet le vœu que l'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne soit pas limitée à quelques régions privilégiées, et que cette assistance soit organisée partout où elle fait défaut aujourd'hui; qu'à cet effet tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage.

LES HOPITAUX D'OBSERVATION ET DE TRAITEMENT POUR LES ALIÉNÉS

VII. — Rapport de M. le Dr Ed. TOULOUSE,

Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Une des questions les plus agitées dans les études concernant l'assistance des aliénés est celle de la séparation des curables et des incurables.

Dans un rapport présenté à la commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'assistance des aliénés (Conseil Général de la Seine, mai 1899), j'ai résumé l'état de cette question, dont l'aspect n'a pas changé ; j'emprunterai à ce rapport l'argumentation générale.

Pour séparer les curables des incurables, il faudrait diviser les asiles en deux catégories. Les uns seraient destinés à l'observation et au traitement des malades aigus (récents) et curables et seraient pourvus d'un personnel nombreux ; les autres seraient affectés aux malades chroniques (anciens) et incurables, qui y trouveraient les soins médicaux les plus indispensables.

Les avantages économiques de ce système sont évidents. On dépenserait moins pour l'assistance des incurables ; et les économies réalisées serviraient à améliorer l'hospitalisation et le traitement des malades aigus et curables.

Certes, il paraît injuste d'avoir des traitements différents pour des catégories de malades également intéressants. L'idéal serait que l'on puisse assister les uns et les autres de la même manière. Mais

cela est économiquement impossible. Si l'on ne veut pas faire cette séparation, on établit une moyenne de traitement qui dépasse ce qui est strictement dû aux chroniques et qui est, au contraire, très inférieure aux nécessités des malades curables.

D'autre part, n'est-il pas bon que les sacrifices d'argent faits par la société soient en rapport de leur utilité ? et que les plus importants servent à la remise en valeur des aliénés aigus, qui sont des forces sociales momentanément paralysées, mais qui, si on peut les réactionner, compenseront et au delà les dépenses de traitement. Au point de vue économique, rien n'est donc plus rationnel ni même plus juste qu'une différence d'assistance pour les malades curables et pour les malades incurables.

Au point de vue médical, cette division a soulevé plusieurs objections que nous avons examinées ailleurs (1).

« On a dit qu'il était difficile, sinon impossible, d'établir une pareille division, attendu qu'il est souvent très difficile de déclarer qu'un malade guérira ou ne guérira pas. Cependant tous les aliénistes savent reconnaître les signes de curabilité de certaines formes vésaniques. Un état d'excitation maniaque généralisé survenant chez un jeune sujet brusquement, et sans troubles nerveux organiques apparents, est susceptible de guérir. Certes, à côté des manies dites essentielles, il en est d'autres qui sont symptomatiques d'affections incurables, par exemple de la paralysie générale, et il n'est pas toujours facile de reconnaître au début ce terrain d'incurabilité. C'est pour cela qu'il est bon, avant de se prononcer, d'attendre que des signes de lésions organiques sous-jacentes aient eu le temps de se produire. Le temps éclaire tout problème ; on attendra donc avant de se prononcer sur ce maniaque, — puisque nous avons choisi cet exemple. Si l'on décide à le garder durant un an, de deux choses l'une : ou bien le malade guérira durant ce laps de temps et alors sa place dans un asile d'aigus aura été justifiée, ou bien ce malade n'aura pas guéri (2). Il arrivera même que le malade sera, au bout de l'année, dans le même état qu'à sa rentrée, sans que l'examen

(1) Rapport au conseil général sur l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse (1898, p. 195).

(2) 75 p. 100 des malades guéris en 1895 dans les asiles de la Seine étaient internés depuis moins de six mois et 90 p. 100 depuis moins d'un an.

permette de déclarer que le malade est encore capable de guérir ou non. Mais alors un autre élément d'appréciation intervient. Si ce malade n'offre aucun signe de curabilité ou d'incurabilité, la durée de sa maladie diminue de plus en plus ses chances de guérison. On sait que, après un an de traitement, les malades recouvrent de moins en moins la santé.

« Que vont devenir les incurables ? Certes, étant moins surveillés, moins traités, ils ont peu de chance de guérir. Encore faut-il remarquer que l'expérience a montré qu'ils ne sont pas susceptibles de tirer de leur séjour dans un asile ordinaire le même bénéfice que les autres. Et l'on peut espérer même que, puisque ce régime ne leur a pas convenu, un autre peut très bien leur être plus favorable. Nous visons plutôt ces cas de maladies inoffensives — il n'est donc plus question des seuls maniaques — susceptibles de bénéficier d'un mode d'assistance plus libéral, du placement dans les familles par exemple. Dans ces cas, la sortie de l'hôpital peut être un bienfait pour le malade.

« Ce raisonnement, que nous avons fait surtout en vue de la manie, est valable pour les autres formes morbides aiguës, telles que la mélancolie, etc. Mais il est d'autres cas qui se présentent aux cliniciens avec plus de simplicité. Par exemple, on sait bien que la plupart des délirants par intoxication sont curables et que leur maintien dans un hôpital d'aigus est absolument justifié. Par contre, les épileptiques, les imbéciles, les idiots, les déments, les paralytiques généraux, peuvent être, sans grande erreur possible, étiquetés incurables, et comme tels placés dans d'autres milieux d'assistance.

« Ce classement est donc une œuvre médicale dont les difficultés ne dépassent pas celles tenant à la pratique quotidienne du médecin. Enfin il reste à examiner le point de vue social. On a dit que « constituer un asile d'incurables, c'est jeter le désespoir dans l'âme des familles et même de certains malades lucides. D'abord rien ne force d'accoler l'épithète d'incurables aux asiles spéciaux qui recevront ces malheureux, il n'est même pas nécessaire de leur donner une épithète quelconque. Ensuite ce classement ne sera jamais tellement rigoureux qu'il empêchera des guérisons de se produire de temps à autre et de venir modifier la signification funeste de

l'établissement. En outre, beaucoup de malades lucides, faisant la meilleure impression, y seront hospitalisés, de telle sorte que l'aspect général en sera moins triste que l'hôpital des aigus surtout peuplé d'agités et de déprimés. Et puis ce classement existe dans les hôpitaux, dont certains sont affectés à des chroniques. Or, on n'a jamais protesté contre cette division. Enfin, dans nos asiles actuels, est-ce que certains quartiers d'épileptiques, comme ceux de Villejuif et de Ville-Évrard, ou de gâteux comme dans tous les services, n'indiquent pas des classements acceptés sans récrimination par tout le monde? »

En résumé, il n'y a pas d'objections sérieuses à retenir contre la division des malades en curables et incurables. Il est deux moyens de réaliser cette division, qui peut être faite dans le même asile ou dans des asiles séparés. Le récent asile écossais est l'application du premier système. Voici comment le décrit le Dr Sibbald (1) à propos de l'asile de Gartloch, situé près de Glascow :

« La division de l'établissement en deux sections plus ou moins indépendantes est due à l'observation du fait que les habitants d'un asile peuvent être divisés en deux catégories, les uns demandant une assistance médicale et une surveillance continues, les autres n'exigeant pas aussi strictement les soins de tous les instants. L'une de ces sections est destinée aux patients de la première catégorie et est appelée l'hôpital. Cette section renferme tous les entrants, tous ceux qui demandent une surveillance spéciale en raison d'idées de suicide ou autres, tous les malades demandant un traitement hospitalier ordinaire pour des maladies mentales ou physiques, ainsi que les malades ayant besoin de soins spéciaux pour faiblesse générale, gâtisme ou autres particularités. On trouve que, dans un asile de district ordinaire, le nombre des patients qui doivent être placés dans la section hospitalière représente le tiers ou la moitié du chiffre total. L'hôpital consiste presque entièrement en bâtiments d'un seul étage, subdivisés en sections adaptées chacune aux exigences des classes des malades que nous venons d'énumérer. Au centre se trouvent la cuisine, la salle à manger et le bâtiment administratif. Le reste de l'asile, qui sert aux patients de l'autre catégorie, contient

(1) Rapport au conseil général, *p. cit.*, p. 191.

principalement les cas chroniques qui ne demandent pas des soins médicaux constants. Il donne asile aux malades les plus faciles et aux travailleurs ; l'organisation est celle d'une communauté industrielle. Le bâtiment central de la section consiste en un pavillon contenant les magasins généraux, la cuisine, la salle à manger, la salle de récréations et les bureaux de l'administration générale.

« Les pavillons séparés destinés aux malades sont réunis au bâtiment central par des corridors. Ils ont trois étages et leur architecture est plus simple que celle de l'hôpital. Cette disposition de l'asile divisé en deux parties indépendantes permet d'une part de donner aux malades qui le réclament des soins médicaux plus effectifs, et d'autre part de rendre la vie journalière des autres malades plus semblable à la vie ordinaire. Il est démontré de plus que lorsqu'il existe une section où le traitement médical est l'idée prédominante, les fonctions des médecins et des surveillants sont remplies plus complètement et plus efficacement que lorsqu'ils ont à s'occuper d'administration ou d'autres sujets qui n'ont pas directement trait aux soins médicaux. Les surveillants seront pour une large part choisis parmi les personnes ayant une expérience hospitalière, il ne perdront pas de vue qu'il s'agit de guérison et de soulagement de personnes malades. Quant à l'autre section, renfermant les malades qui ne réclament pas de traitement spécial, la construction peut en être beaucoup plus simple et moins coûteuse, bien qu'elle soit plus grande, et l'administration peut en être très simplifiée. Il est plus facile dans cette section de donner aux malades une occupation journalière et enlever l'idée d'une vie d'asile.

« La division que nous venons d'indiquer n'est pas identique à une séparation de curables et d'incurables, la section médicale contiendra toujours un certain nombre d'incurables, la section non médicale renfermera également un certain nombre de malades curables. Cette idée n'est nouvelle pour personne. On a fait, il y a bien des années, un essai en Allemagne, fondé sur cette même idée, pour créer deux genres distincts d'asiles : les *Heilanstalten* et les *Pflege-anstalten*. De même en Angleterre, sous l'influence de l'*English metropolitan poor act* de 1867, on construisit dans le district de Londres un asile pour des aliénés chroniques, les asiles du district étant réservés pour

ceux qui demandaient un traitement spécial et qui étaient curables. Mais ces asiles diffèrent essentiellement de l'asile de Gartloch, les deux établissements sont dans le premier cas placés entièrement sous des autorités indépendantes les unes des autres, les autorités médicales n'ayant aucun contrôle sur l'admission ou la libération des malades de l'établissement non médical et n'ayant aucun soin à leur donner. La conséquence de cette séparation a été que les asiles d'incurables contenaient toujours des cas médicaux et réciproquement. L'asile de Gartloch ne présente pas cet inconvénient. Les patients peuvent être transférés d'un section dans une autre, suivant les cas, dès que la nécessité s'en présente. Cette division en sections distinctes peut être considérée comme un grand progrès et devra être étudiée de près par ceux qui voudront construire de nouveaux asiles. »

Le système écossais présente des avantages :

1° Facilité des transports de malades d'un service de traitement dans un service d'assistance ;

2° Économie réalisée sur les travaux des aliénés travailleurs servant aux deux genres de services.

Mais il présente aussi des inconvénients :

1° Si les asiles n'ont pas été construits dans ce but, les locaux qui doivent servir à deux moyens d'assistance distincts ne sont pas suffisamment différenciés ;

2° Dans le cas ou les asiles ont été aménagés dans ce but, les deux services étant dans la même localité, le service d'aigus, très visité, se trouvera trop éloigné de la ville pour les besoins des familles, et le service de chroniques, peu visité, inutilement trop rapproché.

Le meilleur système serait donc de faire deux sortes d'asiles différents et séparés.

Il faut en premier lieu préciser la catégorie des malades qui doivent être traités dans les hôpitaux de traitement. Puisque 90 p. 100 environ des malades guéris ont recouvré leur raison dans les douze premiers mois de leur internement, il est rationnel d'adopter ce délai d'une année, pour le séjour des nouveaux malades dans les

quartiers ou hôpitaux de traitement. Passé ce temps, les aliénés seront envoyés dans les quartiers ou asiles d'assistance.

Mais l'ancienneté de la maladie ne doit pas être la seule cause de l'envoi du malade dans l'asile d'assistance. On doit aussi tenir compte de la nécessité des soins à donner. A ce point de vue tous les malades réclamant un séjour dans les infirmeries devront être maintenus dans l'hôpital. Toutefois, certains sujets incurables, et dont la maladie dure longtemps, par exemple des idiots ou déments avec paralysie des membres, devront être envoyés dans les hôpitaux de chroniques.

En résumé, deux considérations guideront le médecin dans le classement :

1° La durée de l'internement ;

2° La nécessité de suivre un traitement au lit ou tout autre demandant des soins médicaux journaliers.

Nous allons maintenant décrire ce qui doit être, à notre avis, le type d'un hôpital de traitement dont on devrait se rapprocher soit en bâtissant des établissements nouveaux, soit en transformant ceux qui existent.

Du nom. — Tout d'abord, il est indispensable que la qualification d'asile, appliquée aux établissements d'aliénés, qui implique l'idée de refuge et non de lieu de traitement, disparaisse, ainsi que le demande à la Chambre des députés le Dr Dubief dans son projet de loi sur les aliénés, et ainsi que cela se fait en Russie (1). Les établissements de traitement devront s'appeler *hôpitaux* et les établissements pour chroniques devront s'appeler *hospices*.

Ces deux mots effraient moins le public que ceux d'asiles et répondent mieux au caractère de ces établissements. Pour donner une signification à ce titre vague d'hôpital et honorer en même temps les aliénistes qui ont rendu les plus grands services à la médecine mentale, il serait bon de faire suivre le nom d'hôpital par celui d'un médecin aliéniste, et la liste est heureusement longue des savants qui pourront ainsi donner leur nom à nos établissements.

---

(1) Vallon et Marie, *Les aliénés en Russie*, 1896.

On dirait ainsi, en France, *hôpital Pinel, hôpital Esquirol, hôpital Morel, hospice Ferrus, hospice Parchappe, etc.*

Localité. — L'hôpital de traitement doit être situé le plus près possible de la ville, sinon dans la ville même, afin de permettre le transport facile des aliénés, les familles qui voient d'autant plus fréquemment leurs malades que ces derniers sont depuis moins longtemps internés, et aussi les élèves qui doivent fréquenter ces hôpitaux.

Population. — On a beaucoup discuté sur la question de savoir si un service d'aliénés devait comporter un nombre très restreint de malades et seulement celui qu'un médecin peut soigner. Si l'on ne considère la question que de cette manière, on ne pourrait pas donner à un médecin plus de 50 malades aigus. Mais, de cette manière, le service sera trop petit pour faire des études d'ensemble ; et le médecin, n'ayant jamais à sa disposition un nombre suffisant de malades, ne pourra guère sortir de l'étude des individualités. C'est pour cela que je propose un chiffre de 150 malades que le médecin traitera avec l'assistance de quatre internes pour la besogne médicale courante.

Pavillons. — Nous connaissons la population à traiter, il faut maintenant la loger. Tout d'abord, il est un fait sur lequel on est généralement d'accord, c'est sur l'utilité des pavillons séparés. Chaque pavillon ne devrait pas contenir plus de 30 lits. Il serait utile d'avoir deux salles de réunion par pavillon et de nombreux petits dortoirs avec beaucoup de chambres particulières.

Si chaque pavillon, ou tout au moins l'infirmerie des maladies intercurrentes pouvait avoir une cuisine spéciale, cela vaudrait beaucoup mieux qu'une cuisine unique.

La disposition doit être particulière à chaque pavillon selon sa destination.

Il faut au moins six pavillons :

1° Un pour les malades tranquilles à surveiller, mélancoliques, affaiblis, sujets atteints de maladies intercurrentes. Il y aura au rez-de-chaussée une salle de surveillance continue pour les malades aliénés.

La salle de surveillance du rez-de-chaussée doit communiquer avec une salle de bains et avec des chambres d'isolement destinées à recevoir les malades ayant une crise d'excitation légère, ceux qui sont turbulents pendant la nuit, ou atteints d'affections répugnantes (cancer) et enfin ceux qui ont besoin d'un calme complet.

La chambre recevant les agonisants devra avoir une porte extérieure afin que les corps soient enlevés discrètement.

Dans ce pavillon doit se trouver le laboratoire clinique servant à l'examen physiologique et psychologique.

Tous les malades entrants calmes et propres sont donc placés dans un quartier où ils sont couchés et maintenus en observation pendant deux jours ou plus. C'est là que les malades repassent avant leur sortie, afin d'y être surveillés.

2° Un pavillon pour les malades malpropres et affaiblis. Son aménagement le rapproche du premier. Il possède une salle de surveillance continue et constitue une deuxième infirmerie pourvue de salles de bains, avec des chambres d'isolement.

C'est par là qu'entrent les malades malpropres, paralytiques généraux, individus atteints de confusion mentale ou de mélancolie stupide avec gâtisme.

3° Un pavillon pour les malades agités. Il se trouvera une salle de surveillance continue pour les malades agités entrants ou soumis à un traitement par le lit ; elle constituera une troisième infirmerie. A la salle de surveillance seront annexées la salle de bains ayant plusieurs baignoires et des chambres d'isolement.

4° Un quartier demi-ouvert pour les travailleurs.

Les malades jouiront d'une certaine liberté. C'est là que l'on pourra y essayer le système de l'*open door* pour les malades aigus.

Les malades auront le droit de circuler dans les environs de l'asile et quelques-uns hors de l'asile.

L'aménagement intérieur y rappellera la maison privée. On peut demander, ou tout au moins exprimer, comme un desideratum :

5° Un pavillon tout à fait ouvert pour les malades convalescents ou pour ceux dont les troubles mentaux ne justifient pas l'inter-

nement. Dans un asile nouveau, ce pavillon devrait être placé assez loin des autres et constituer un petit hôpital indépendant.

Les malades placés dans ce pavillon seraient tout à fait libres et ne seraient plus, en France, sous le coup de la loi de 1838. Ils pourraient sortir volontairement et aller en ville chercher du travail. L'aliéné passerait ainsi successivement d'un quartier de surveillance à un quartier demi-ouvert de travailleurs, à un quartier hospitalier ordinaire.

Ce pavillon constitue un organisme qui manque à nos asiles, tout au moins en France. Un certain nombre de malades ne sortent jamais parce que le saut est trop brusque entre la séquestration complète et la pleine liberté du dehors. Tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade lui-même qui hésite devant ce saut dans l'inconnu, il est des malades qui sont atteints, après une intoxication, une maladie infectueuse, une émotion, une crise convulsive ou toute autre cause, de troubles mentaux qui se dissipent en quelques jours. A Paris ils nous arrivent même complètement guéris dans les asiles extérieurs. Comme ils sont fatigués et dans un état de convalescence, on les conserve pendant un temps plus ou moins long. Parfois l'énergie s'émousse à l'asile, et le malade sans place et sans famille se trouve, après quelques mois, incapable de sortir, restant ainsi pour longtemps, et quelquefois pour toujours, à la charge du département. Les malades pourraient ainsi être plus facilement rendus à la société si on leur donnait, dès qu'ils n'ont plus de troubles mentaux, une liberté complète, tout en leur conservant l'assistance.

Il serait bon de fixer un terme maximum, par exemple six semaines, au séjour de chaque malade dans ce quartier ; après quoi, le malade aurait sa sortie définitive ou serait renvoyé dans un quartier similaire dans un hospice de chroniques.

Si la loi nouvelle prévoyait des quartiers spéciaux et édictait la possibilité de faire, sur le simple certificat du médecin, réintégrer le malade dans l'asile jusqu'à la décision du tribunal, cette disposition encouragerait les médecins à essayer plus largement de ce mode d'assistance, si libéral et en même temps économique par ses conséquences.

Au point de vue pratique, il n'y a pas de difficultés à faire diriger par l'administrateur de l'asile un quartier ouvert situé hors de l'asile,

et c'est le cas des hôpitaux de traitement nouveaux qu'on pourrait construire. Pour les anciens établissements, l'administration d'un quartier destiné à être ouvert ne présente pas plus de difficultés ; il n'y a qu'à supprimer les serrures et à donner un costume différent aux hospitalisés libres qui, comme les employés de l'asile, pourront entrer et sortir sans autorisation. D'ailleurs, il sera toujours possible de construire un quartier ouvert hors des murs de l'asile.

Nous ne faisons que présenter ici les raisons principales susceptibles de montrer que le projet est réalisable, et nous laissons à l'Administration de chaque pays le soin d'étudier dans quelles conditions ce nouvel organisme pourrait être introduit dans le service des aliénés.

L'établissement de ces quartiers serait-il légal en France? Il faut partir de ce principe que les sujets y hospitalisés seront des convalescents, des malades. Si on les considère comme des aliénés, bien que n'étant pas internés, il n'y a aucune difficulté. Leur séjour est aux frais des familles ou, en cas d'indigence, des communes ou du département. Si on les considère — ce qui est plus exact — comme des malades ordinaires, il ne semble pas que les communes puissent réclamer contre ce mode d'assistance. En effet l'article premier de la loi du 15 juillet 1893 met à la charge des communes l'assistance des malades indigents; l'article 4 de la même loi met à la délibération des conseils généraux l'organisation de ce service et la fixation de la part contributive du département et des communes.

6° Un pavillon de contagieux.

Il serait utile enfin d'avoir dans les hôpitaux de traitement un laboratoire général de recherches, situé en dehors des pavillons, et une salle de conférences destinée à l'enseignement. Car ces services hospitaliers recevront comme stagiaires des étudiants, lorsque le stage de psychiatrie sera devenu obligatoire, pour que personne ne puisse avoir le droit de signer un certificat aux fins d'internement s'il n'a pas passé un certain temps dans un service d'aliénés.

Personnel. — Il doit se composer, avons-nous dit, d'un médecin, de quatre internes et de stagiaires. La proportion moyenne des infirmiers devra être *au moins* de 1 pour 10.

Conclusions

1° L'intérêt des malades et une économie bien comprise commandent d'assister dans des établissements spéciaux les aliénés aigus (récents), dont beaucoup sont curables, des aliénés chroniques (anciens), dont la plupart sont incurables.

2° Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux, que l'on désignera par les noms d'aliénistes célèbres.

3° Les hôpitaux pour les aliénés aigus reçoivent les nouveaux malades et ne les conservent que jusqu'à la fin de la première année de l'hospitalisation.

4° Chaque hôpital d'aigus contiendra un quartier ouvert où les malades ne seront pas internés et dont le régime servira, aux convalescents, d'intermédiaire entre la vie recluse de l'hôpital et l'existence libre du dehors.

5° Dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne dépassera pas 150 malades et la proportion des infirmiers n'y sera pas inférieure à 1 par 10 patients.

PROJET D'ENTENTE INTERNATIONALE CONCERNANT
LA STATISTIQUE DES ALIÉNÉS

VIII. — Rapport de M. le Dr Ed. TOULOUSE,

Médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

Chargé par l'Administration du département de la Seine de réorganiser le service de la statistique des aliénés et m'inspirant des principaux documents de ce genre qui sont publiés dans les pays étrangers, j'ai proposé un ensemble de tableaux qui doivent être mis en service prochainement. Ce travail pourrait être, et je l'ai fait dans ce but, la base d'une entente internationale. Je vais résumer ici les principes généraux qui m'ont guidé dans ce travail. C'est donc une œuvre nouvelle que nous présentons au Congrès. avant même qu'elle fonctionne réellement et qui nous paraît susceptible de servir d'exemple et de matière de discussion.

On accuse souvent la statistique de fournir des armes complaisantes à toutes les opinions. C'est un peu comme si l'on disait qu'un instrument de mesure, le mètre par exemple, permet de prouver que des individus sont grands ou petits, selon l'avis de chaque observateur. Par elle-même, la statistique est comme le mètre: elle vaut ce que vaut celui qui l'emploie. S'il est ignorant, elle donne des résultats faux, tout comme le mètre qui, mal placé ou mal lu, fournit une mesure inexacte et fantaisiste.

Il est des règles qu'il faut connaître et, s'il ne les apprend pas, l'homme le plus conciencieux, qui ne croit qu'en ses propres statistiques, aboutira à des résultats contraires à la vérité et même au bon sens. Ainsi, il est commun de lire dans des mémoires de médecine que la prédisposition à une maladie est considérée comme

diminuant avec l'âge, parce que cette maladie s'observe de moins en moins souvent à mesure que l'on observe des sujets de plus en plus avancés dans l'existence. Or, comme le nombre total des individus vivants décroît aussi progressivement avec l'âge, il est forcé que, si ce dernier n'exerce aucune influence sur la prédisposition morbide, les cas de maladies diminuent parallèlement. Si l'on rapporte le nombre des malades au nombre des sujets vivants de même âge, on pourra exactement déterminer l'influence de chaque âge sur l'étiologie; et il est possible que ces recherches amènent à des conclusions tout à fait opposées à celles qui découleraient de l'interprétation des nombres absolus des faits pathologiques. Il en est ainsi notamment pour la folie; la prédisposition à l'aliénation croît avec l'âge, alors que les individus admis ou existants dans les asiles sont de moins en moins nombreux, à mesure qu'ils se rapprochent de la vieillesse. Cet exemple tout à fait élémentaire donne bien une idée des erreurs que l'on peut commettre quand on emploie la statistique sans se demander au préalable l'objet de la recherche et si l'on s'est bien placé dans les conditions convenables.

Que doit-on et peut-on rechercher dans une statistique des aliénés? Tout d'abord le nombre annuel des assistés. Il est intéressant de savoir quelles sont les maladies les plus fréquemment observées, quel sexe et quel âge sont le plus atteints, quels sont les professions et l'état civil (célibat, mariage, veuvage) qui prédisposent le plus à la folie, si l'instruction et la religion paraissent avoir quelque influence et enfin si le milieu social extérieur, représenté par le lieu de naissance et le domicile, a une action sur le développement des troubles mentaux. Pour cela, il ne faut pas se contenter de noter combien il y a d'aliénés de chaque sexe, de chaque âge, de chaque profession, mais aussi rapporter les chiffres au nombre d'individus vivants de même sexe, de même âge, de même profession, etc. Ceux qui se livrent au premier travail, qui est l'objet propre de la statistique des aliénés, doivent suivre les principes adoptés par les administrations qui font le second travail; sans cela les chiffres ne seraient pas comparables. Il faut donc diviser les âges, les professions, l'état civil, etc., comme on le fait dans les recensements de la population générale. Mais ce n'est pas tout, il faut encore grouper séparément les aliénés assistés dans des familles ou

dans des établissements privés, dans des asiles ou des quartiers d'hospices, parisiens ou départementaux, pour indigents ou pour pensionnaires; les régimes des malades assistés selon ces divers modes étant différents, il est nécessaire d'en étudier séparément les effets. En les comparant tous ensuite, on peut, et c'est même la seule méthode expérimentale et rationnelle, se faire une opinion sur la valeur respective de chacun de ces modes d'assistanee. Il n'y a pas que la population aliénée à étudier à ces différents points de vue, il y a encore les admissions (uniques ou multiples, volontaires ou d'office, directes ou par transfert), le mois de l'internement, la durée du séjour dans le département avant l'admission, les internements antérieurs, le temps de liberté et la durée de l'internement ayant précédé la rechute, les causes probables, la population traitée qui se compose des existants en fin d'année et des admis, la nature des occupations durant l'internement, les sorties, les décès, le mois du décès, la durée du traitement ayant précédé la sortie ou le décès.

On comprend l'importance de tels renseignements, qui permettraient d'élucider bien des questions et d'apporter à la solution de nombreux problèmes le secours de documents réellement scientifiques. Je ne veux insister que sur quelques points.

La répartition des aliénés, d'après la nature de leur maladie, sera féconde en résultats instructifs. Ainsi il est d'ordinaire impossible de comparer les différents pourcentages des guérisons qui portent en bloc sur des individualités morbides différentes et plus ou moins curables. Comme les paralytiques généraux sont ordinairement incurables et que les alcooliques se remettent rapidement de leur maladie, la proportion des guérisons tendra, selon que les premiers ou les seconds prédomineront dans la population traitée, à s'abaisser ou à s'élever sans que le régime de l'assistance et la thérapeutique employée aient aucune influence. Et c'est précisément cette influence qu'il serait intéressant de dégager.

Je me suis servi pour la classification des maladies mentales de celle adoptée par le congrès international de 1889, malgré les défauts qu'elle présente et dont les deux principaux, à mes yeux, sont d'opposer comme espèces différentes des états morbides qui, comme les démences et les états maniaques, par exemple, peuvent

s'associer les uns aux autres, et aussi de mêler à des maladies caractérisées symptomatiquement (mélancolie), d'autres caractérisées étiologiquement (folie toxique). Mais tant qu'un congrès international n'en aura pas adopté une autre, cette classification est la seule qui puisse être introduite dans une statistique administrative.

L'établissement d'un relevé rationnel des causes des maladies mentales présente des difficultés assez grandes. Voici comment j'ai procédé. J'ai tout d'abord écarté la division des causes en prédisposantes et efficientes, parce qu'il me paraissait impossible de trouver un terrain d'entente pour toutes les opinions des aliénistes, les uns, en effet, considérant comme causes prédisposantes ce que les autres considèrent comme causes efficientes, et vice versa. Ce sont là d'ailleurs des conceptions purement hypothétiques. Au fond, ce qu'on appelle des causes morbides, ce sont des conditions d'apparition des maladies. Les causes héréditaires ne sont en dernière analyse que les maladies des parents, comme les causes ayant agi directement sur le sujet ne sont que les maladies du sujet survenues, soit dans le cours de son existence, et on pourrait encore les considérer comme causes directes prédisposantes, soit au début du trouble mental, qu'on pourrait considérer comme causes directes efficientes, telle une grippe provoquant un état maniaque. Mais alors il suffit de rechercher ces maladies dans les antécédents des sujets ou de leurs parents. Quelles maladies ? Toutes, si l'on ne veut pas faire de pétition de principe et admettre comme établi ce qui est l'objet de la recherche. Au commencement du siècle, on ne considérait, chez les aliénés, comme maladies héréditaires, que les maladies mentales ; plus tard, on adjoignit à ces dernières les maladies nerveuses et, plus récemment, les maladies arthritiques. On tend maintenant à admettre que la plupart des maladies, notamment les infections et les maladies de la nutrition, sont capables, en évoluant sur les géniteurs, de faire transmettre aux enfants, un état de moindre résistance étiologique et conséquemment une prédisposition plus ou moins grande aux maladies nerveuses. Pourquoi alors limiter le champ des investigations ? Et ne vaut-il pas mieux relever, sans idée préconçue, toutes les maladies des parents et des sujets ? Si nous trouvions que, dans les familles d'aliénés, il y a plus de hernies que dans les autres, il fau-

drait accepter ce fait comme un signe d'organisation anatomique faible.

Sur quels parents prendra-t-on des renseignements? Je crois qu'il faut limiter les investigations aux pères et mères, aux frères et sœurs et aux enfants des malades. Cela vaut mieux que d'aller, selon les cas, plus ou moins haut dans les générations antérieures ou plus ou moins loin dans les parentés en ligne collatérale. Il faut que le champ des recherches soit nettement circonscrit et dans des limites que l'on ait des chances d'atteindre dans la plupart des cas. On ne pourra étudier de la sorte que l'influence, sur un sujet, des maladies de quelques-uns de ses parents, mais on pourra le faire avec fruit.

A qui demandera-t-on des renseignements sur ces parents? Si c'est à tout le monde, on obtiendra, selon qu'un aliéné sera entouré d'amis ou de parents nombreux, plus ou moins de renseignements, et, par conséquent, les résultats pourront être négatifs ou positifs. Si c'est au sujet, selon que ce dernier sera lucide ou incohérent, son hérédité sera plus ou moins chargée; et on obtiendra le résultat paradoxal que les moins malades auront le plus d'antécédents héréditaires. D'autre part, si l'on n'acceptait des renseignements sur un parent que de ce parent, on écarterait les cas les plus significatifs, ceux où le parent est lui-même aliéné et aussi ceux où il est mort. Pour toutes ces raisons, il a paru bon de ne retenir que les faits où le parent lui-même, ou à son défaut son père, sa mère ou son conjoint s'il a vécu avec ce parent, a donné au médecin des renseignements sur ses antécédents. Les parents n'entrant pas dans cette catégorie sont considérés comme inconnus. C'est au nombre total des parents connus, pères, mères, etc., que l'on rapportera le nombre des maladies relevées de ces parents. Mais il reste encore à décider que les parents connus seront groupés par âge de 10 en 10 ans, soit de 20 à 29, de 30 à 39, etc. En effet, un individu ayant vécu 60 ans a eu plus de chance d'avoir des maladies qu'un individu de 30 ans. Enfin il faut diviser encore, mais seulement pour le père et la mère, les maladies ayant frappé ces derniers avant ou après la fécondation; car si elles ont, dans les deux cas, la même signification au point de vue des tendances étiologiques, elles n'ont pas la même importance sur la transmission des caractères morbides.

Les causes ayant agi directement sur le sujet se divisent en des maladies ou accidents (1) survenus dans la période comprise entre la naissance et le début de l'affection mentale et les maladies ou accidents ayant précédé le trouble mental ou ayant coexisté avec lui. Les premières peuvent être considérées en un sens, comme prédisposantes et personnelles, et les deuxièmes comme efficientes. On ne comptera comme sujets connus que ceux sur lesquels des renseignements auront été donnés par leurs pères, leurs mères ou leurs conjoints s'ils ont vécu avec les sujets.

On peut se rendre compte par cet exemple des difficultés que présente l'établissement d'une statistique rationnelle.

Voilà les recherches à effectuer. Pour les mener à bien, il importe que la besogne soit facilitée aux observateurs et telle que les hésitations soient réduites au minimum. Pour atteindre ce résultat, le travail est ainsi divisé. A l'entrée et à la sortie d'un malade et, en certaines occasions déterminées, le directeur de l'établissement remplit une fiche, sur laquelle toutes les questions comportent l'indication du tableau où trouver les réponses. La plupart des réponses doivent être fournies par le service administratif, quelques-unes par le service médical. A cela se borne le rôle de ce dernier dans un travail.

Il serait à souhaiter que des principes communs fussent acceptés par les nations étrangères pour l'établissement d'une statistique concordante des aliénés.

Dans ce but nous proposons au Congrès d'émettre le vœu suivant :

Il est désirable qu'une commission internationale soit constituée à l'effet d'unifier dans les divers pays les publications statistiques concernant les aliénés.

(1) Les causes morales sont classées dans ces accidents.

DE LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS ENVISAGÉE AU POINT DE VUE LÉGAL ET ADMINISTRATIF

IX. — Rapport de M. le Dr Lucien PICQUÉ,

Chirurgien en chef des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Jusque dans les dernières années la chirurgie des aliénés n'existait pour ainsi dire pas dans notre pays. On ne connaissait guère que les abus opératoires qui avaient été commis sur les aliénés dans certains pays étrangers, et le rôle du chirurgien se bornait dans nos asiles à pratiquer deux ou trois opérations d'urgence, parmi lesquelles la kélotomie dans le cas de hernie étranglée.

Presque partout s'était élevé un mouvement marqué de réprobation contre ceux qui cherchaient la guérison systématique de la folie par l'instrument tranchant.

Dans une série de rapports et de travaux dont le premier remonte à 1892, je me suis appliqué à établir les bases scientifiques et humanitaires de cette chirurgie qui peut rendre les plus grands services quand elle est pratiquée avec prudence et discernement et, dans un récent travail publié à la Société de chirurgie, j'ai montré combien était étendu le champ d'action de cette chirurgie.

Ce sont ces études qui ont abouti à la construction du pavillon de chirurgie de l'asile clinique que je vous invite à venir visiter dans quelques jours.

Mon but en venant prendre la parole dans ce Congrès devant tant d'hommes distingués sur un sujet qui semble, *a priori*, d'ordre exclusivement scientifique est d'en étudier deux points qui sont plus particulièrement d'ordre légal et administratif.

1° A-t-on le droit d'opérer un aliéné placé d'office dans un asile par application de la loi de 1838?

Pour certains la réponse paraît si facile que la question pour eux ne semble même pas nécessaire à poser. Quand une opération est nécessaire, il faut la pratiquer. Je me souviens avoir provoqué un véritable étonnement chez certains administrateurs éminents en leur faisant part de mes scrupules à cet égard.

Certes il est des cas où la solution n'est pas douteuse quand il s'agit d'affection chirurgicale pouvant mettre à brève échéance la vie du malade en danger.

Mais la maladie n'est pas toujours si redoutable et l'opération qu'elle nécessite ne présente pas dès lors un caractère d'urgence immédiate.

C'est alors que les difficultés commencent.

Dans une récente communication faite à la Société de médecine légale, j'ai insisté sur les difficultés avec lesquelles nous sommes aux prises dans la pratique dans les cas si fréquents où l'urgence n'est pas immédiate, mais qui demandent néanmoins une intervention rapide si l'on ne veut pas voir sortir de l'asile des malades guéris de leur affection mentale, mais présentant une infirmité ou une lésion chirurgicale incurable, parce qu'on n'est pas intervenu à temps. Peut-on consulter l'aliéné? Certes il en est parmi eux qui pourraient parfaitement donner leur avis, à preuve ceux qu'on autorise à jouir d'une certaine liberté dans l'asile ou en dehors et ceux qui peuvent dans certaines conditions être appelés à signer des actes civils.

Il en va tout autrement à mon sens pour ce qui concerne la chirurgie. J'estime pour ma part qu'il ne faut dans aucun cas demander l'avis d'un malade aliéné au sujet d'une opération chirurgicale, parce que c'est là une solution dangereuse et qui peut ouvrir la porte à bien des abus.

Je tiens à m'expliquer sur ce point devant le Congrès. Un aliéné a été jugé assez lucide pour signer un acte. Cet acte sera toujours revisible.

Il jouit de certaines libertés qu'on peut à la rigueur lui retirer s'il en mésuse. Il ne saurait en être de même de la chirurgie et je ne parle pas des cas mortels qui peuvent survenir, lorsque le chirurgien est appelé dans des situations souvent désespérées; je fais allu-

sion aux cas d'opérations nécessitant des mutilations et pouvant devenir ultérieurement le point de départ de réclamations de la part des familles ou des malades.

D'ailleurs, où commence la lucidité? Quelle en est la limite exacte ? Ne pourra-t-elle pas être contestée si l'intervention a été suivie d'un insuccès souvent justifié par la gravité du cas.

Le praticien lui-même ne pourra-t-il pas toujours être accusé de n'admettre la lucidité que lorsque le malade accepte l'opération et de la rejeter quand il la refuse.

J'estime, au résumé, que la responsabilité du chirurgien devient trop lourde dans ces conditions et je refuse pour ma part, contrairement à l'opinion des chirurgiens américains, à solliciter l'avis des malades.

Il est cependant nécessaire d'aviser, car j'ai montré ailleurs combien était étendue la chirurgie des aliénés.

Or j'ai introduit, d'accord avec des collègues aliénistes, une tradition dans les asiles et établi la formule suivante: Solliciter l'avis des familles et s'abstenir en cas de refus.

Formule évidemment commode pour le chirurgien mais bien souvent contraire aux vrais intérêts de l'aliéné. J'en ai développé les raisons devant la Société de médecine légale et je ne veux pas y revenir ici.

Qu'il me suffise de dire que la famille n'a ni limitation précise ni attribution légale et que, d'autre part, les déterminations prises par elle sont bien souvent sujettes à caution.

C'est alors que la Société de médecine légale a nommé une commission chargée de trouver une solution plus favorable aux intérêts de l'aliéné. Cette dernière a pensé, par l'organe de M. Lefuel, rapporteur, que le législateur devait sauvegarder aussi bien la santé des malades que leur fortune, et que si le législateur de 1838 n'avait songé qu'à protéger l'aliéné contre les spoliations dont il pourrait être victime pendant son internement, celui de 1900 devait s'occuper de la protection de l'aliéné dans sa santé contre ceux qui pourraient avoir intérêt à le voir disparaître.

Elle a donc émis le vœu que le rapporteur de la loi nouvelle à la Chambre des députés devrait introduire un article donnant au tribunal des référés, en cas de refus de la famille, le droit d'ordonner

l'application de tout traitement utile à la santé d'un aliéné. Mais cette intervention du pouvoir judiciaire suppose un conflit avec la famille. Or nombreux sont les cas où les familles refusent de répondre aux demandes des médecins.

La question relève alors de l'action administrative et je viens soumettre à votre attention la proposition suivante :

Dans les cas où les familles ne répondront pas aux demandes des médecins, soit par absence, soit par négligence, soit par calcul et lorsque toutes les précautions ont été prises pour que l'avis leur parvienne, le cas pourrait être soumis à une commission formée par tous les médecins de l'asile. L'Administration suffisamment éclairée prendrait alors une mesure conforme aux décisions de la commission et aux intérêts du malade.

J'arrive, Messieurs, au deuxième point de ma communication.

On a souvent discuté dans ces derniers temps la question de savoir si l'aliéné trouvait un réel avantage à être opéré à l'asile et s'il n'y aurait plus d'intérêt pour lui d'être transporté dans un hôpital voisin comme cela se pratique dans certains pays étrangers et comme je l'ai fait moi-même pour certaines catégories d'opérations, quand le pavillon de chirurgie n'existait pas à l'asile clinique.

Il est certain qu'il y aurait, au point de vue de l'économie, un sérieux avantage qui a été mis en relief par quelques-uns au moment où l'on discutait la création du pavillon de chirurgie.

Les raisons que j'ai fait valoir ont entraîné la conviction dans les esprits mais la question me paraît avoir assez d'importance pour mériter l'attention des membres du Congrès.

Tout d'abord il est légitime que l'aliéné, qui se trouve interné le plus souvent d'office, trouve dans l'établissement où il est placé tous les secours qui lui sont nécessaires et que l'asile ait en conséquence une autonomie complète. De plus il ne me paraît pas juste que l'aliéné atteint d'une affection chirurgicale et qui peut ne pas être indigent soit placé à l'hôpital, c'est-à-dire dans la maison des indigents. On m'objectera peut-être que beaucoup de malades non indigents recherchent les soins des chirurgiens à l'hôpital et que c'est même une grosse préoccupation de l'Administration à notre époque d'empêcher l'invasion des hôpitaux par les malades riches. Cette objection pourrait être facilement réfutée.

A côté de ces questions de sentiment qui peuvent laisser indifférents certains esprits, il est une raison capitale qui s'oppose à l'envoi des aliénés dans les hôpitaux, c'est que l'hôpital n'est pas disposé pour en recevoir, à preuve que dès qu'un aliéné libre arrive à l'hôpital il est immédiatement dirigé vers un asile.

L'hôpital n'a ni salle d'isolement pour les aliénés bruyants qui peuvent gêner le repos des malades ordinaires, ni personnel à immobiliser près d'un agité, ni moyens de contention et de prévention contre les tentatives de suicide. Les aliénés tranquilles pourraient seuls être tolérés dans les salles de l'hôpital.

Or j'estime que même pour ces malades il peut y avoir de sérieux inconvénients à leur faire quitter momentanément le milieu des asiles.

Je prendrai comme exemple le mélancolique, celui que je connais le mieux, parce que c'est lui que je suis appelé à fréquenter le plus comme chirurgien des asiles.

Il faut connaître ces malades et d'autre part le personnel médical et secondaire qui les entoure pour comprendre qu'à l'asile seulement ils peuvent éviter les rechutes et arriver à la guérison.

Le médecin aliéniste que la loi oblige à résider à l'asile arrive à connaître à fond toute l'histoire clinique des malades dont il enregistre au jour le jour les détails.

C'est sur la connaissance approfondie du mélancolique qu'il base sa manière d'être vis-à-vis de lui et qu'il peut arriver à prévoir toute rechute et à déjouer toute tentative de suicide.

Il faut avoir fréquenté les médecins aliénistes et les asiles pour comprendre toute la prudence qu'il convient d'apporter dans ses rapports avec cette catégorie de malades, pour savoir ce qu'il faut leur dire, dans quels termes et à quel moment il faut le faire.

Quand le médecin a quitté le service, le malade se trouve en rapport avec le personnel secondaire qui seconde admirablement le médecin dans sa tâche.

Il m'est agréable de dire ici publiquement tout le bien que je pense de ce personnel de beaucoup supérieur à celui de nos hôpitaux et que je connais depuis plus de quinze ans.

Il remplit sa mission souvent pénible avec un zèle, une discrétion et un dévouement au-dessus de tout éloge, il sait accepter avec calme les rebuffades, parfois les grossièretés des malades, et certainement

c'est grâce à la manière dont il remplit la surveillance qui lui est imposée par le médecin que l'on voit si rarement des suicides dans nos asiles.

Je me rappelle un cas qui s'est produit récemment dans mon service d'hôpital et qui m'a vivement ému.

Il vient bien à l'appui de ma thèse. Il s'agissait d'une pauvre femme obsédée par une névralgie pelvienne et qui était venue dans mon service sur le conseil d'un médecin qui avait pensé qu'une opération était nécessaire. Cette femme qui souffrait depuis au moins dix ans se présenta à mon examen, la joie dans l'âme, pensant que j'allais la délivrer de tous ses maux, par une intervention chirurgicale. Ma fréquentation des asiles me permit de reconnaître facilement que j'avais affaire à une mélancolique avec obsession d'origine génitale. Elle ne présentait d'ailleurs aucune lésion de ce côté et je pris toutes les précautions d'usage pour ne pas provoquer chez elle un violent désespoir et une crise nouvelle de mélancolie. Je redoutais chez elle une tentative de suicide.

Je lui annoncai donc que j'avais besoin de l'observer pendant quelque temps et qu'il serait probablement nécessaire de la soumettre tout d'abord à un traitement médical.

L'élève chargé de la soigner oublia les recommandations expresses que j'avais faites, la fit sortir brusquement du service. Rentrée chez elle, elle se tua avec ses 4 enfants.

C'était en vérité une aliénée, mais qui n'avait jamais été internée et que la famille n'aurait jamais consenti à voir interner dans un asile. Elle ne pouvait être en conséquence soignée qu'à l'hôpital. Je n'en ai pas moins été navré que cette malade n'ait pu se trouver dans notre milieu des asiles. Ce drame ne se serait jamais produit.

Je veux en terminant envisager la question devant vous à un autre point de vue.

En dehors du milieu spécial nécessaire à l'aliéné il faut aussi savoir que la chirurgie chez lui n'est pas la même que chez les malades ordinaires. Pour une même affection, telle opération qui convient à ce dernier serait défectueuse pour un aliéné et cela pour des raisons d'ordres divers que je ne peux développer devant vous ; d'ailleurs une opération peut exiger chez l'aliéné une technique opératoire différente.

Il existe bien réellement une adaptation particulière de la chirurgie à cette catégorie spéciale de malades et qui exige de la part du chirurgien une connaissance véritable de l'aliéné.

Les considérations précédentes m'amènent à conclure que la chirurgie des aliénés ne peut se faire que dans l'asile et ne saurait être confiée qu'à un chirurgien qui s'est spécialisé dans cette branche si intéressante. Faut-il aller plus loin encore et demander que le chirurgien soit aliéniste. Je me suis déjà prononcé ailleurs pour la négative mais je me propose d'étudier à nouveau la question devant le congrès de psychiatrie.

DE L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

X. — Mémoire de M. le Dr MARIE,

Médecin en chef des asiles de la Seine,
Médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron.

Il y aura bientôt cent ans que le Code civil, consacrant la Déclaration des Droits de l'homme, donnait les sanctions légales à l'internement des aliénés, et couronnait l'œuvre de Pinel qui venait, au préalable, d'élever à la dignité de malades les malheureux insensés jusqu'à les confiner dans les cages et basses-fosses de Bicêtre et la Salpêtrière.

La sanction administrative de ces efforts devait encore se faire attendre près de quarante années, car la loi spéciale érigeant l'assistance obligatoire des aliénés pour les départements n'a guère que soixante ans d'application. Cependant, que de chemin parcouru depuis l'époque où, sur les conclusions d'Esquirol, évaluant au maximum de 20.000 le total des aliénés en France, on avait cru trouver la panacée de la folie dans l'internement en masse et la séquestration systématique des aliénés !

Quel aveu de pauvreté thérapeutique que cet axiome encore souvent répété, posé alors en principe par Calmeil, disant : « Les murs de l'Asile sont déjà à eux seuls le remède contre la folie ! »

Cependant, les étapes parcourues en un demi-siècle, de 1790 à 1840, furent immenses et rapides. La révolution opérée par Pinel en psychiatrie formait bien le pendant de la révolution sociale avec laquelle elle coïncidait. La législation napoléonienne, réglant le mécanisme des placements par l'interdiction pour imbécillité, démence ou fureur, inaugurait des garanties sérieuses pour la liberté

individuelle; la législation spéciale à l'étude dès le début du règne de Louis-Philippe et appliquée en 1838, établissait un système d'assistance complet qui dure encore et dont les bienfaits furent considérables.

Est-ce à dire pour cela que tout était dit et qu'il n'y ait pas à faire mieux encore et toujours? Évidemment si, et dès le premier Empire, on avait compris la possibilité de réaliser l'assistance de l'aliéné en dehors de l'internement aggloméré, calqué sur le cloître ou sur la caserne, avec discipline religieuse ou quasi-militaire.

En effet, il est curieux de remarquer que la conception pratique du système familial appartient en somme à l'administration française. Ce sont les préfets français de Pontécoulant et d'Herbouville qui réglementaient les premiers l'organisation administrative de Gheel dans la dépendance des départements de la Dyle et des Deux-Nêthes.

On connaît l'histoire de la cour des miracles des insensés de l'Europe catholique, venant chercher auprès de saint Dymphne la guérison de leur folie, et laissés là par les familles au voisinage de la Chapelle en attendant la guérison souhaitée; les paysans d'alentour en avaient ainsi trois cents lorsque l'Administration française divisa le pays en départements de l'Empire.

Le fait d'un village d'aliénés confondus avec les habitants normaux et confiés à leur surveillance sembla, à l'examen, supporter la comparaison avec les maisons de force, dépôts de vagabonds et quartiers d'hospice ou de prison qui constituaient alors tout notre système d'assistance pour aliénés; aussi l'Empereur se borna-t-il à faire édicter des règlements préfectoraux sur la colonisation familiale de Gheel, qu'il pourvut d'une administration et d'un service médical accessoire.

On développa même ce mode d'assistance en évacuant, en bloc, tous les aliénés chroniques de l'hospice général de Bruxelles (1er germinal an XIII). Puis vinrent les événements considérables de la fin de l'Empire et la Restauration; Esquirol, à ce moment, rédige son rapport au ministre de l'Intérieur, sur la question de l'assistance des aliénés; il visite la colonie de Gheel, la décrit comme une curiosité, mais la considère comme l'œuvre des siècles et inimitable : « Nul doute, ajoute-il cependant, qu'il ne fût facile

de donner à ce singulier établissement un plus haut degré d'utilité.» Il traça même au ministre de l'Intérieur des Pays-Bas, à la suite de sa mission, un programme qui fut d'ailleurs appliqué plus tard, consistant dans l'adjonction d'une infirmerie fermée pour les retraits d'agités, de malpropres et d'aliénés à maladies intercurrentes, avec constitution d'un service externe médical et de surveillance complet.

L'idée préconçue que c'était là une œuvre unique, séculaire et impossible à imiter, lui fit conclure, dans son rapport au ministre de l'Intérieur de France, à la constitution de vingt grands établissements de 4 à 500 malades chaque (encore, ajouta-t-il plus tard, que ce chiffre de malades par asile est deux fois trop fort). De son propre aveu, ce n'était là qu'un moyen de parer au plus pressé; 5.000 aliénés seulement étaient assistés, son projet prévoyait l'internement de 8 à 10.000; 10.000 chroniques ou tranquilles restaient donc hors l'asile, puisqu'il évalue le nombre total des aliénés de France à 20.000.

Mais le maintien de ces chroniques tranquilles en liberté, malgré l'absence de toute surveillance médicale organisée, n'a-t-il pas été l'état normal longtemps? Ne l'est-il pas encore dans bien des pays?

Renan, dans ses souvenirs d'enfance, en fait un tableau touchant et poétique.

Loin de moi l'idée de vouloir faire l'apologie d'un tel système; quelques journaux médicaux se sont amusés à collectionner les faits divers touchant les crimes, délits et menus faits commis par les aliénés avant l'internement; ils voulaient ainsi montrer la nécessité de l'isolement et de la surveillance précoce des malades, à l'encontre de l'abandon précité. Surveillance et isolement sont parfaitement compatibles avec le maintien ou le retour à un milieu familial. La famille peut et souvent même doit être autre que la famille du malade. Un malade, surtout s'il n'a jamais été interné, supportera difficilement la surveillance des siens. La sorte de mise en tutelle que comporte l'observation médicale, aidée par les parents, se heurte à l'autorité de l'âge et de l'ascendance que le malade est habitué à exercer.

Ce n'est pas là une difficulté insoluble.

Aussi, l'exemple de Gheel, demeuré depuis 1800 le prototype

d'un système considéré comme exceptionnel et irréalisable ailleurs, servit-il bientôt d'argument pour réagir contre le courant officiel tout à l'internement en masse.

Vingt ans après la création du système des asiles fermés régionaux, imité de France par toute l'Europe, se manifestait un courant nouveau plus libéral. Il suscita au sein des Sociétés savantes de France et de l'Étranger des débats du plus grand intérêt. Des missions convergèrent sur Gheel et la mission écossaise d'une part, le baron autrichien Mundy en emportèrent la foi dans l'avenir de l'assistance familiale pour le plus grand nombre des aliénés.

L'Écosse, où Connolly et Tuke avaient opéré la même réforme que Pinel et Esquirol en France, entra résolument dans la voie des applications pratiques et désencombra ses asiles fermés de tous leurs chroniques inoffensifs.

J'ai reconstitué, dans mon rapport de mission médicale sur l'Écosse en 1890, la courbe de cette progression de l'assistance familiale en Écosse, et elle est intéressante.

En France le « Magister dixit » pesait sur les décisions. La mission retour de Gheel, oubliant que le système ne datait réellement que de l'occupation française en 1800, déclarait l'assistance familiale impraticable et déclara à nouveau l'œuvre des siècles ; comme il arrive toujours, l'Administration française, qui avait édicté les premières règles de ce régime d'assistance, devait être la dernière à reprendre l'initiative qu'elle avait montrée.

On se borna en France à reconnaitre l'encombrement général de tous les asiles fermés, l'insuffisance en nombre de ceux créés jusque-là, et l'urgence d'en évacuer tous les malades susceptibles de vivre en dehors au grand air ; ce fut la floraison des exploitations agricoles, des asiles fermés et la belle époque des fermes Ste-Anne et de Fitz-James ; mais la grande culture par la main-d'œuvre des aliénés est toujours un embrigadement basé sur l'encasernement des travailleurs. Elle n'est applicable qu'à des catégories particulières en proportion assez restreinte, relativement au si grand nombre des aliénés internés ; au total, c'est encore une situation qui ne rappelle que de très loin l'existence normale de l'homme en société et en famille, elle est plus profitable aux finances de l'asile qu'à l'amélioration des malades. Les femmes n'en peuvent bénéfi-

cier et ne relèvent que de l'ouvroir ou de l'asile industriel qui n'a reçu en France presque aucune application.

Si la France restait fidèle à son programme de 1838 et immobilisée dans sa réalisation, l'Écosse poursuivait ses essais ; en 1870, 1.470 malades étaient assistés hors l'asile, parmi lesquels un tiers d'aliénés aigus inoffensifs ou convalescents (ce nombre atteint aujourd'hui 3.000).

Cependant, le système n'était pas parfait, les groupes coloniaux étaient très disséminés, par 50 à 100 placements au plus, avec des médecins locaux non spécialisés, sous l'inspection des aliénistes du board, mais trop loin de leur contrôle quotidien et dépourvus d'infirmeries d'attente sur place.

Le système écossais, qui a servi, comme à Gheel, de point d'appui pour réagir contre l'internement à outrance, était loin d'échapper à tout reproche ainsi que Gheel lui même.

Outre la dissémination des colonies et leur peu d'importance, l'absence d'infirmeries locales et de médecins suffisamment spécialistes, jointe parfois à l'omission du passage préalable par l'asile, exposait à méconnaître des cas dangereux ou relevant de l'asile de traitement. Par exception, toutefois, les quelques aliénés criminels placés en famille par l'asile de Perth sont soumis à une surveillance rigoureuse maintenant, et cela se comprend.

Le maintien de l'aliéné dans sa propre famille a parfois donné lieu à quelques abus ; les propres parents des malades se montrent quelquefois plus durs pour lui que des étrangers. L'assistance familiale directe ou indirecte, c'est-à-dire dans la propre famille de l'aliéné ou chez l'étranger, implique une surveillance médicale, spéciale, sérieuse, pour donner des résultats satisfaisants ; en Écosse, le système rappelle trop celui des enfants assistés chez nous, bien que l'enseignement public de la psychiatrie soit depuis longtemps fortement organisé à Édimbourg et que les praticiens ordinaires soient mieux préparés à cet office spécial.

Gheel, d'autre part, a bien ses médecins aliénistes et son infirmerie centrale, mais il offre l'inconvénient de recevoir tous ses malades directement sans internement préalable. De là la possibilité d'homicides comme celui dont fut victime le bourgmestre de la localité, il y a quelque trente ans. Les règlements consécutifs,

il est vrai, firent écarter les aliénés dangereux qu'on élimine après observation à l'infirmerie, sur les asiles fermés sans passage en famille.

C'est ainsi que peu à peu Gheel, par la force des choses, s'achemina vers une organisation logique qui a pu servir de base à la création de la colonie-sœur de Lierneux.

C'était, avec le régime écossais, le renversement définitif du cliché ancien traitant le régime familial d'œuvre des siècles, inimitable.

Dès lors tombait l'objection et Haussmann rédigeait son programme de colonie d'aliénés autour de Paris pour désencombrer les asiles de la Seine insuffisants.

Vint la guerre, qui fit oublier ces colonies, comme 1815 avait affacé Gheel du cadre des institutions françaises.

L'Allemagne, après la guerre, compléta et généralisa le système dit d'Altcherbitz, dont la conception détrôna bientôt aux yeux de l'étranger le système français. L'Amérique, l'Angleterre, l'Écosse, l'Illinois, la Russie, l'Autriche, adoptèrent les principes développés par Paetz. Ils sont fondés sur la multiplicité des services divers spécialisés et indépendants, bien que corollaires les uns des autres. Je m'explique : le système allemand a cherché comme tous à réaliser l'hôpital de traitement, et il l'a constitué à côté de l'asile même, qui s'est scindé à son tour en quartiers ouverts de convalescents, fermes de travailleurs, sections de chroniques ouvertes et fermées, lazaret combinant l'infirmerie somatique et le « chronics block » anglais, mise à part des épileptiques et des enfants, observation au lit des entrants dans un pavillon à part, avec disposition en éventail facilitant la surveillance continue, intensive par un personnel nombreux.

A l'entrée, concentration des examens médicaux multiples et complets dans ce pavillon clinique, élimination après classement sur les services autres, y compris la colonisation familiale qui ici prend un caractère très spécial, auquel je reprocherai son inextensibilité. La colonie allemande type, telle que je l'ai vue à Wilhelmseich (Dr Alt), est un village tout artificiel ; des cottages adossés deux à deux, au nombre de 14, logent chacun un ménage d'infirmiers éprouvés chargés d'un groupe de six malades chroniques en

moyenne ; la culture maraîchère et les menus soins courants constituent l'occupation de cette petite population ; mais on voit que le caractère artificiel de cette colonie et le petit nombre des malades en font une institution intéressante mais passible des mêmes reproches que la colonisation agricole française. Aussi la Seine, à la suite des visites de Gheel et d'Écosse et des premiers rapports que j'eus l'honneur de présenter aux conseils généraux sur ces questions, préféra adopter un système mixte qui n'est ni le village artificiel allemand calqué par Haussmann, ni la colonie belge qui mélange aigus et chroniques, ni le placement écossais disséminé à l'instar de l'assistance enfantine.

La colonie de Dun reprenait enfin l'idée première appliquée à Gheel en 1803 pour désencombrer l'asile de Bruxelles.

Elle avait pour but l'assistance familiale dans un village ordinaire déjà existant sous la direction d'un aliéniste avec infirmerie centrale, elle ne s'appliquait qu'aux aliénés chroniques reconnus inoffensifs dans les asiles de la Seine encombrés et éliminés comme tels.

On se proposait ainsi de rendre aux asiles de Paris leur vrai but d'asile de traitement pour s'acheminer enfin vers l'hôpital des maladies mentales ; dans ce but, on augmentait progressivement le nombre des médecins chefs de service par suppression des adjoints dans les asiles fermés.

C'était la même tendance qu'en Allemagne, concentrer l'action médicale sur les aigus et entrants, supprimer l'encombrement par l'élimination des chroniques, diviser le travail médical, diminuer la proportion des malades par médecin pour permettre la connaissance individuelle du malade et, par suite, le traitement.

C'est l'hôpital pour les maladies mentales qu'on voulait réaliser et la suppression progressive des garderies où un médecin est censé responsable de 800 malades dont il assumerait la garde, la surveillance et le traitement physique et moral.

Esquirol, dès le début, avait bien compris l'impossibilité de résoudre un problème ainsi posé ; aussi avait-il, en parant au plus pressé par la fondation de garderies interdépartementales, tracé un programme complémentaire qui attend encore chez nous sa réalisation ; il proposait la création d'un petit nombre d'établisse-

ments modèles, exclusivement consacrés au traitement de la folie, sortes d'écoles d'instruction où l'on réunirait 150 à 200 malades au plus ; les admissions seraient restreintes aux aigus récents, évacués après deux ans de traitement ou aussitôt après avoir été reconnus guéris ou incurables. C'étaient là précisément les grandes lignes essentielles de l'hôpital de traitement pour maladies mentales et nerveuses, qu'il importe de réaliser enfin.

Le nombre des aliénés à séquestrer est en voie de décupler par rapport à l'évaluation primitive d'Esquirol ; les dernières études évaluant à 100.000 le nombre à prévoir. Or, on ne peut indéfiniment multiplier les établissements hospitaliers.

Car la folie n'est pas tant en voie d'accroissement réel que cela semble ; seulement nombre d'aliénés qui autrefois continuaient de vivre sans encombre, côte à côte avec les normaux, sont aujourd'hui éliminés des centres urbains où converge la population, où la vie se complique, s'enfièvre et ou se multiplient les chances d'empoisonnements moraux et physiques. Le déchet urbain des infirmes du cerveau augmente de façon effrayante, l'atmosphère sociale des villes servant de plus en plus de réactif révélateur des faiblesses cérébrales.

Beaucoup des individus ainsi déséquilibrés se ressaisiraient s'ils revenaient à un milieu plus reposant et plus simple qu'ils n'eussent pas dû quitter et que, malheureusement, ils abandonnent quand même, attirés par la ville, Paris surtout, comme les moucherons par la flamme. C'est pour cela que dès 1844 commença l'exode des aliénés arrêtés à Paris et exportés après chronicité reconnue sur les asiles de province. On sait que ce contingent atteint à ce jour le chiffre énorme de 8.000 aliénés parisiens transplantés ainsi aux quatre coins de la France, auxquels s'ajoutent plus de 7.000 aliénés assistés par les établissements de la Seine (en tout 15.000 environ). Il est évident que dans le nombre même de ceux que Paris conserve sous son égide, la proportion des chroniques et des incurables est encore énorme (1/3 suivant Garnier et Magnan). C'est convaincu de ce fait que je me suis efforcé de démontrer la possibilité d'assister un nombre illimité de ces chroniques reconnus par l'assistance familiale organisée scientifiquement, sans édification d'établissements coûteux.

Un millier de chroniques a déjà été jusqu'ici évacué en huit ans sur la colonie familiale en cinq centres ; le nombre en pourrait être doublé aisément, les populations le réclament instamment ; il semble donc que ce régime ne blesse point tellement les milieux auxquels il s'adapte.

Mais cette première démonstration faite, il reste à démontrer qu'une autre portion de malades, actuellement internés, peut relever du mode d'assistance analogue, c'est-à-dire d'une assistance familiale médicale, surveillée, permanente ou transitoire.

Je me restreins volontairement à l'exemple de la ville de Paris où s'offre la crise à sa phase aiguë.

Les autres sont encombrés, bien que triples de nombre, les internements se multiplient ; les sorties, comme il arrive à tout asile encombré, diminuent en proportion inverse de l'accroissement des entrées et de l'encombrement.

On peut liquider par l'assistance familiale tout le stock des chroniques tranquilles (un tiers), un autre tiers de curables après observation individuelle rigoureuse peut être reconnu susceptible d'un traitement sans séquestration complète, par hôpitaux ouverts semblables à l'hôpital ordinaire, par cottages en banlieue, ou utilisation agricole ou industrielle, enfin, par patronage familial transitoire de convalescence.

On ne saurait parler d'innovation imprudente ici, et ce n'est pas une fantaisie de rêveur, là encore nous ne sommes pas les premiers et l'étranger nous devance.

Trois colonies de ce genre existent depuis peu en Allemagne où je les ai visitées, à Berlin même, à Dalldorf et Reinichendorf.

La colonisation familiale urbaine berlinoise compte 340 malades ainsi décomposés :

Idioties et imbécillités	27	+	37	=	64
Névroses délirantes simples	27	+	39	=	66
Hystérie et épilepsie avec alcoolisme	15	+	1	=	16
Paralysie générale	12	+	6	=	18
Alcoolisme délirant	47	+	6	=	51
Psychoses chroniques diverses	34	+	67	=	101
Démence	7	+	15	=	22
	169	+	171	=	340

Les habitants qui ont ces malades en pension en ville peuvent en recevoir plusieurs, jusqu'à trois et quatre, mais c'est l'exception.

Ils les présentent chaque mois à la visite, en se faisant payer; ils reçoivent à domicile une visite médicale dans le même temps, sauf certains cas récents ou recommandés qui sont plus fréquemment visités et surveillés en outre par la Sûreté ainsi que par l'asile d'origine. Le prix moyen est de 30 à 40 francs par mois selon les soins; le prix moyen total, frais médicaux et généraux compris, atteint 600 francs par malade et par an. C'est cette assistance familiale urbaine qu'il s'agit d'organiser maintenant dans la Seine, ainsi que le patronage familial de convalescence. L'assistance familiale aux chroniques est réalisée, reste à la généraliser.

Si l'on remarque que nos 86 départements n'entretiennent que 52 asiles publics, alors que la nouvelle loi en prévoit un par département, c'est 34 asiles départementaux qui nous manquent. Or, ce sont les départements les plus pauvres qui ont jusqu'ici reculé devant les frais de l'installation de ces établissements, bien que ce ne soient pas souvent ces départements qui fournissent le moins d'aliénés.

Les populations pauvres étant celles qui se prêtent le mieux au placement familial, il est logique de voir, dans l'établissement de colonies familiales par ces départements, le moyen pratique et économique d'assurer l'assistance de leurs chroniques (seuls malades encombrants et onéreux).

On évitera ainsi les lourdes charges de premier établissement (achats de terrains, architecture et état-major compliqué de fonctionnaires), tout en fournissant un profit aux populations mêmes.

Moins de charges que pour l'assistance par traité avec un asile fermé voisin, et bénéfice pour certains groupes d'habitants qui prendront les pensionnaires chroniques et inoffensifs ainsi assistés dans leur propre région.

Ce sont, sans doute, ces considérations qui ont amené, depuis que j'ai inauguré à Dun ce premier essai de colonie familiale française, les représentants du pays à suivre le conseil général de la Seine, comme le montrent les propositions de loi et rapports de MM. Georges Berry, Reinach et Lafont. (Voir Propositions de loi

tendant à autoriser les départements à placer dans les familles des déments séniles, idiots et gâteux, par M. G. Berry, session 1893, n° 217, et Rapport de M. E. Lafont, au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de M. G. Berry, ainsi que le Rapport général de MM. Reinach et Lafont sur le régime des aliénés, session 1894, n° 401.)

Grâce aux échanges de rapports et notes de renseignements sur l'organisation du service, nous avons pu voir plusieurs confrères des asiles départementaux proposer à leur conseil général l'étude d'institutions analogues à celle de Dun.

C'est ainsi que les départements des Bouches-du-Rhône, des Vosges, du Loiret, du Nord, de la Sarthe, des Basses-Pyrénées, de la Vendée, ont mis à l'étude cette question.

MM. les docteurs Rey (d'Aix), Girma (de Pau), Cullère (de la Roche-sur-Yon), Journiac (du Mans), Dufour (de l'Isère), et M. l'inspecteur de l'Assistance publique des Vosges ont préconisé l'assistance familiale pour les aliénés chroniques inoffensifs de leurs départements.

Le département des Vosges, ainsi que ceux du Cher et de l'Allier, ont proposé de placer, à Dun même, un certain nombre de leurs chroniques, particulièrement des imbéciles adultes.

Enfin, un certain nombre d'asiles départementaux publics ou privés, assistant par traité des malades de la Seine, sont entrés dans la voie de l'élimination des chroniques et inoffensifs par évacuation sur la colonie familiale de Dun.

C'est ainsi que nous avons pu recevoir d'Évreux un convoi de 30 malades chroniques, qui se sont toutes parfaitement adaptées à leur nouvelle situation sans incident.

Mais d'autres transports nous ont été adressés de plusieurs asiles de l'Ouest et du Centre avec le même succès; il n'est pas douteux que nos confrères des asiles départementaux puissent sous peu évacuer sur Dun tout un stock d'aliénés chroniques inoffensifs à eux confiés par la Seine, et qui trouveront à Dun une assistance mieux appropriée à leur état inoffensif et de chronicité, tandis qu'un plus grand nombre de malades aigus et curables pourront bénéficier du placement par traité dans les asiles fermés de traitement des services départementaux.

Il est vrai d'ajouter enfin que les catégories traitées à Dun n'ont cessé de s'étendre; ainsi que l'a pu dire M. le docteur Brousse au congrès de Rouen : « Les résultats obtenus à Dun ont été si satisfaisants que, dans sa dernière session, le conseil général de la Seine ne s'est pas borné à demander l'extension de la colonie et l'augmentation du nombre de ses malades, mais il a émis formellement le vœu d'en généraliser les bienfaits par l'installation d'une annexe destinée aux hommes.

« Il ressort en outre des débats qui ont eu lieu dans l'assemblée départementale que, sans se départir de la prudence indispensable en ces matières, le conseil général verrait sans peine étendre les admissions à d'autres catégories de malades que les déments séniles, par exemple à certaines psychoses mélancoliques tardives et aux tranquilles convalescents. »

Le régime familial n'est pas seulement un mode d'assistance; l'expérience montre que ce peut être un moyen de traitement. Les derniers documents publiés sur les colonies familiales étrangères indiquent une proportion de guérison de plus de 20 0/0, et à Dun même on a déjà constaté que la vie au grand air et en liberté a été capable d'améliorer des malades qui avaient été envoyés comme incurables. (7 sortis en 1897, 12 en 1898, 11 en 1899.)

Aussi avons-nous signalé, dans nos rapports, la ressource précieuse que peut constituer l'assistance familiale sous forme de patronage transitoire des aliénés convalescents, comme pierre de touche de la cure définitive et mise en liberté préalable à la reprise de la lutte pour la vie, toujours rude.

Nous espérons la réalisation de cette idée reprise par le conseil général de la Seine, qui en a fait l'objet d'une délibération spéciale. Cette tentative de patronage familial pour les curables est possible, à Dun même, pour les convalescences longues et auprès d'un grand asile plus proche de Paris pour les convalescences courtes.

On semble être entré dans une voie analogue en adoptant un projet de création de pavillons ouverts spécialement pour les aliénés améliorés. (Rapport de M. Monod à M. le ministre de l'Intérieur, 11 février 1898.)

Mais cette grande question de l'extension de l'assistance familiale jusqu'aux aliénés curables et plus ou moins aigus, est indisso-

lublement liée à celle du critérium, de ce que l'on appelle le danger constitué par l'aliénation mentale. Quand et où commence-t-il ?

C'est la difficulté inhérente à un tel problème qui fait le défaut d'entente entre les partisans de l'internement à outrance et ceux du *no-restraint* et de l'*open door*, non moins outrancier parfois.

N'est-il donc pas possible d'établir un terrain de conciliation entre ces opinions extrêmes ?

A ceux qui préconisent le système des portes ouvertes, les adversaires opposent avec raison ces cas de crimes et délits si fréquents commis par les aliénés en liberté ; l'opinion publique, si facilement émue par les légendes de séquestration arbitraire à l'asile fermé, s'irrite avec une égale facilité des agressions homicides dont nombre d'aliénés évadés ou méconnus se rendent coupables lorsqu'ils ont franchi les portes de l'asile ouvert ou fermé.

C'est que les progrès des idées en matière de responsabilité médico-légale, ainsi que ceux de la science mentale, joints aux exigences croissantes d'une organisation sociale plus compliquée avec lutte pour la vie et surmenages plus intenses, réunissent entre les murs de l'asile aggloméré, type 1838, des catégories disparates dont il faut, sans retard, envisager la dislocation comme urgente.

« La poussée du progrès, dit M. Brousse dans la *Revue municipale* (décembre 1897), entraîne les médecins de tendances arriérées les plus timides... Le département de la Seine, le département de Paris marche en tête. Nettement on perçoit, dans la masse jadis organique de l'asile, les grandes lignes de l'être organisé nouveau, la clinique, l'hôpital, l'hospice, la colonie, l'outil se modifiant avec la division du travail, s'appropriant à la besogne diverse. Les jours de l'asile, de la garderie d'aliénés sont comptés. »

L'asile de traitement proprement dit doit être désencombré de toutes ses non-valeurs au point de vue cure et de tout ce qui empêcherait de le rapprocher de l'hôpital pour les maladies mentales et nerveuses. L'*open door* est, ainsi que le *no-restraint* autrefois, du temps où la population des infirmiers pour malades était insuffisante, une réforme dont on doit considérer l'application prochaine nécessaire comme devant résulter d'une série de mesures préalables, sans lesquelles il serait inapplicable en l'état actuel de notre organisation.

Trois points sont à résoudre pour pouvoir l'appliquer sans risques et le voir généraliser en France :

1° Il faut éliminer des asiles les chroniques inoffensifs qui les encombrent, ce dont je m'efforce de montrer la facile réalisation à l'aide de l'assistance familiale ;

2° Il faut multiplier le nombre des médecins spécialistes chargés d'une part de service effectif, jusqu'à réduire le nombre de leurs malades suffisamment pour en permettre la parfaite connaissance individuelle ;

3° Il faut enfin, et après les deux réformes précédentes, réaliser l'hôpital de traitement pour aliénés en y séparant, d'une part, curables dangereux, et entrants en observation en un service fermé avec maintien au lit et examen somatique comme à l'hôpital.

Ce n'est qu'une fois scruté et classé que le malade sera ou maintenu ou placé en section ouverte comme en Écosse.

Là, il sera encore traité, s'il paraît curable, ou désigné, après délai variable, pour l'assistance familiale, s'il paraît simplement assistable, ou déjà convalescent pour un patronage familial transitoire.

Ainsi réduite à une partie de l'asile de traitement, comme en Écosse, la section fermée me paraît nécessaire et la discipline s'y rapproche singulièrement de celle de l'hôpital ordinaire, mais je ne pense pas que l'on puisse s'en passer, pas plus que de la distinction entre aigus et chroniques; bien que délicate, elle n'en est pas moins le grand critérium pour l'envoi en famille, critérium susceptible de tous les tempéraments de faits tirés de l'état de l'individu.

J'ajouterai en terminant, ce qui concerne l'assistance familiale que j'ai créée, que, malgré les variétés de délirantes assistées, le *no-restraint* absolu est appliqué; il n'existe ni camisole, ni gants, ni entraves, ni maillot, non seulement en ville, mais aux infirmeries, où les portes ouvertes le sont largement; une seule chambre d'isolement est ménagée en cas de danger absolu; elle n'a encore servi que 15 jours en 6 mois.

Les malades reçoivent leurs lettres directement de la poste et y répondent de même; nous payons seulement les mandats, rarement en nature (alcooliques).

Les familles sont avisées, par une note en tête de tous nos bulle-

tins, des réductions de tarif obtenues en leur faveur; des billets sont fréquemment délivrés; en six mois nous en avons donné 110. Les malades non visitées à l'asile sont les mêmes qui souffrent de l'abandon des leurs à Dun.

La Compagnie des chemins de fer économiques, sur nos instances, a octroyé les mêmes réductions que la Compagnie d'Orléans.

Les parents voient leurs malades à toute heure et les emmènent passer la journée avec eux, quand ils ne descendent pas chez le nourricier.

Aucun bain froid n'est donné, et nous ne possédons pas de moyens de maintien mécaniques en baignoire. Chaque malade peut prendre en moyenne un bain par mois.

Aussi souvent qu'il est possible, nous profitons pour nos pensionnaires des spectacles forains de passage.

Une salle de réunion, de lecture et de jeux avec pianos et livres, leur est ménagée près de l'infirmerie, avec distribution de thé le jeudi.

On utilise aussi les voitures à certaines excursions à la campagne pendant l'été.

Les malades font librement des promenades et excursions, accompagnées ou même seules et autorisées; elles vont à l'église, se visitent d'une annexe à l'autre et vont dans leurs familles quand celles-ci le demandent et les font accompagner. J'ai donné en un an dix congés de ce genre.

Quant aux sorties définitives en liberté, je les accorde à la suite des visites de parents, si l'état d'amélioration le permet et si la famille prend l'engagement de veiller sur la malade en assurant sa subsistance.

On le voit, comme l'a pu dire M. P. Brousse au congrès de Rouen, tel philosophe qui démontrait le mouvement en marchant, telle la colonie de Dun, créée en 1892 comme un modeste essai d'hospitalisation de vieillards déments destiné à diminuer l'encombrement des asiles, a, par la force même des choses et sans qu'on pût lui reprocher d'accidents sérieux, prouvé l'utilité de la colonisation familiale pour le traitement de certaines formes de l'aliénation mentale.

C'est grâce à cette confiance désormais établie et motivée que nous avons obtenu par M. le ministre de l'Intérieur la consécration de l'essai qui a perdu son caractère précaire et provisoire pour rentrer dans le régime de la loi de 1838 en vertu d'une décision du 20 février 1898 assimilant la colonie à un asile public.

C'est également pour cela que le département de la Seine vient de voter l'essai de l'assistance familiale urbaine à 100 malades choisis parmi les enfants arriérés ou idiots d'une part et chroniques et déments calmes dont les familles sont en état d'assurer la garde et les convalescents désignés par les médecins des asiles d'origine.

Comme nourriciers on prendra les familles qui le demanderont et seront reconnues aptes à le faire, ainsi que des familles étrangères choisies de préférence au début parmi les infirmiers ou infirmières en retraite des asiles publics.

Tous les malades devront au préalable passer à l'observation à l'asile. Une surveillance médicale spéciale à domicile sera assurée avec retrait des malades à l'asile comme sanction. Pour les enfants arriérés sans famille ou dont les familles ne peuvent s'occuper, on a également voté l'envoi en colonie familiale par la Seine, toujours après passage aux écoles de Bicêtre, de Vaucluse ou la Salpêtrière et après essai d'amélioration par le traitement médico-pédagogique. Ces envois ne seront faits qu'autant que l'encombrement des services le rendra nécessaire En colonie, d'ailleurs, ces enfants continueront à suivre des classes spéciales, comme les enfants arriérés de l'assistance familiale urbaine pourront sous peu être l'objet d'un enseignement particulier depuis longtemps réclamé.

Telles sont les innovations que le conseil général de la Seine a introduites dans son programme d'assistance pour l'année 1900, prélude d'autres réformes dans les servies d'asiles dont les commissions techniques d'études ont tracé les grandes lignes.

Nul doute que ce grand mouvement n'aboutisse à l'amélioration du sort des malades par le succès croissant et logique de l'assistance familiale et le retour des asiles fermés à leur véritable rôle d'hôpitaux curatifs.

Pour terminer ce court exposé par des faits je développerai la situation et le fonctionnement de la colonisation familiale de la Seine.

La colonie familiale de la Seine a été autorisée par M. Loubet le 2 mai 1892.

Appelé par arrêté de M. le ministre de l'Intérieur, en date du 5 octobre 1892, à l'organisation de l'essai de colonisation familiale, je refis pour nos locaux d'infirmerie, un immeuble situé place de l'Église, immeuble qui fit bientôt l'objet d'un bail régulier aux termes duquel les premiers travaux d'aménagement ont pu être exécutés en novembre 1892.

Durant ce temps, j'avais pu obtenir la création d'un quartier d'observation à Sainte-Anne, dans le service de mon regretté maître M. le docteur Bouchereau, mon plus ferme appui au début de cette entreprise si neuve et si discutée alors ; c'est lui qui réunit les premières malades pour la colonie, et, dès la fin du deuxième semestre de l'année 1892, 82 furent placées à Dun.

L'installation matérielle de nos infirmeries centrales comprend maintenant 30 lits, répartis entre 2 pavillons de 5 pièces chacun.

Enfin, une section spéciale vient d'être édifiée pour le retrait des séniles devenues gâteuses chez l'habitant.

Une convention spéciale permet d'évacuer sur l'asile du Cher à une heure de Dun, les malades jugés impropres au régime familial.

A Dun, dès le début nous étions en possession d'une liste de 50 nourriciers, qui aujourd'hui atteint 1.000, si on comprend les communes nouvelles auxquelles ont été étendues les placements.

Ces listes ont été revisées par les municipalités au point de vue de la moralité et par nous-même au point de vue de l'installation matérielle.

Voici le classement nosographique des malades de la colonie établi en 1897.

Démences :	Séniles			169
	Organiques	Simples	70	80
		Paralytiques	10	
Psychoses chroniques :	Partielles			103
	Généralisées	Dépressives	75	102
		Expansives	10	
		Intermittentes	17	
		A reporter		454

	Report. .	454
Affaiblissement intellectuel :	Par intoxication	36
	Par névrose	9
Débilité congénitale :	Imbécillités simples	21
	Démences précoces.	35
	TOTAL.	555

On le voit, contrairement à ce qu'on pourrait croire, Dun n'assiste pas seulement des démences séniles; on y peut étudier des cas de psychose correspondant à toutes les catégories du cadre nosologique, et, si les proportions seules diffèrent de celles de ces mêmes catégories placées à l'asile, l'état de chronicité des malades tend lui-même à n'être pas le seul critérium du choix des chefs de service qui nous fournissent des convois par transfert d'évacuation.

C'est que, en effet, l'assistance familiale n'a cessé depuis six ans de progresser dans les esprits comme dans les faits, et aujourd'hui, les désignations étant absolument laissées à l'appréciation des chefs de service, ceux-ci peuvent nous confier des malades de catégories très diverses et, nouvelles, qu'antérieurement on n'eût pas osé affranchir de l'internement par une légitime préoccupation des responsabilités, en même temps que par une connaissance encore incomplète des garanties de surveillance médicale que pouvait offrir la colonisation familiale.

Nous avons pu mener de front le développement des colonies annexes de Bussy, Levet et Ourouer, en même temps que celui des placements à Dun même et la poursuite des installations complémentaires au siège central.

La colonie nouvelle de Levet a pu, en six mois, recevoir 50 placements très convenables autour d'une infirmerie volante de 5 lits, proche de la station du chemin de fer et de la station télégraphique. Cette infirmerie et les placements avaient été au préalable préparés par moi avec l'aide précieuse de M. le docteur Sibbald, le sympathique inspecteur des colonies écossaisses, qui avait tenu à passer à Dun une semaine et à suivre de près l'organisation de notre nouvelle annexe.

Une infirmière préposée à la surveillance et au vestiaire local avec un ménage d'auxiliaires y assure le service d'infirmerie.

L'un de nos assistants, qui a passé avec succès ses examens définitifs pour l'exercice de la médecine, a été détaché à l'inspection quotidienne des placements et au service de garde, d'urgence, de jour et de nuit sur place, aucun médecin n'étant établi dans la localité. On contrôle le service et les placements une fois par semaine, et le régisseur passe chaque fin de mois opérer ses payements et vérifier le change des trousseaux en service ; ajoutons qu'un service de bains sur place fonctionne et qu'un bien plus grand nombre d'habitants vont occuper des locaux aménagés en vue de recevoir de nos malades.

Le service médical auxiliaire est toujours assuré à Dun par un assistant et un surveillant qui font l'inspection des placements au dehors par tournées quotidiennes, parallèment avec le médecin directeur ou le médecin adjoint.

Deux jours par semaine sont consacrés aux annexes de Levet, Ainay, Bussy et Ourouer.

A Dun même, la ville est divisée en 6 secteurs qui correspondent à chacun des jours de la semaine, de façon à avoir chaque jour un secteur différent. De cette façon il y a toujours trois agents du service médical pour le dehors et un disponible au siège central. Tous les deux mois on change de secteur.

Depuis l'automne 1898, des cours sont faits le soir, une fois par semaine, aux nourriciers et candidats nourriciers. On leur enseigne les principes élémentaires des soins à donner aux aliénés et de l'assistance au médecin au cours des interventions les plus courantes en cas d'indisposition subite ou d'accident.

Outre les garanties du triple examen préalable des malades passés par le dépôt d'admission et les asiles de Paris, nous avons un examen spécial auquel les chefs des différents services ont apporté tous leurs soins.

La scission de services encombrés n'a pas été non plus sans nous valoir un contingent nouveau de malades à transférer : les services qui avaient jusqu'ici alimenté la colonie, au point d'y évacuer cent malades chaque année, ont pu continuer leurs envois dans ces mêmes proportions.

C'est que les malades moins nombreuses ont permis une connaissance individuelle plus approfondie et une appréciation plus exacte

des chances d'adaptation que quelques-unes présentaient pour l'assistance familiale.

Enfin, à Dun même, le service médical est désormais complété par des installations matérielles consistant essentiellement en un pavillon d'infirmerie nouveau, parallèle au précédent et muni de chambres d'isolement au bout.

Les pavillons rectilignes sont divisés, avons-nous dit, en salles de 6 à 8 lits chaque, avec arrière-pièce pour salle de réunion et réfectoire; une salle de bains et un cabinet d'aisances sur place pour impotents y sont aménagés. L'infirmerie nouvelle et l'ancienne ont une cour commune.

Les bâtiments généraux, de bureaux, magasins et personnel ont été doublés et permettent de loger les deux médecins près de l'infirmerie.

Les visites aux annexes sont assurées par deux chevaux dont un reste disponible en cas de course urgente (accident, évasion, etc.), outre les bicyclettes.

Les annexes créées sont au nombre de trois.

La section économique de 50 lits pour alitées ou malpropres permettra bientôt d'opérer le retrait hors des familles des démentes devenues impotentes ou gâteuses.

Étant donnée une malade désignée pour Dun, voici quelles sont les précautions prises pour assurer cette sélection; le médecin traitant formule un premier certificat constatant l'état et spécifiant qu'il y a lieu de continuer à assister la malade, par exemple en l'hospitalisant à Dun.

A Dun, elle est placée en observation à son arrivée à l'infirmerie, puis lorsqu'on la juge convenable, on la place chez des nourriciers avec lesquels son caractère, sa profession paraissent devoir amener les meilleurs rapports; sinon on la réintègre à l'infirmerie de la colonie, d'où elle est replacée, s'il y a lieu, selon les règles ordinaires, à l'asile du Cher (article 8 de la loi de 1838).

Il est permis de penser que cette double sélection garantit du danger d'une méprise et de l'envoi à Dun de malades dangereuses ayant encore besoin de l'asile fermé.

La population de Dun, dès les premiers convois, a pu juger du genre de pensionnaires qu'on lui offrait et s'assurer combien elles

étaient inoffensives ; aussi les demandes ont-elles afflué, et à l'heure actuelle, toutes nos malades sont placées. Les locaux ont été inspectés et j'ai écarté ceux qui ne remplissaient pas les conditions voulues d'hygiène, d'éclairage et d'aération : je me suis basé pour ces divers points sur les règles établies par le rapport des inspecteurs de 1874, c'est-à-dire que nous avons exigé 20 mètres cubes d'air par personne au minimum. Les malades partagent le régime alimentaire des nourriciers que je m'attache à faire surveiller par des visites quotidiennes. Nous demandons un litre de vin par semaine, de la viande fraîche à quatre repas; le laitage et les œufs ainsi que les légumes frais, étant à bon marché, forment le fond du régime ordinaire. Le prix unique payé est de 1 fr. 10.

Les malades valides, capables de s'occuper, sont amenés par leurs nourriciers à notre infirmerie centrale où est organisé un petit atelier provisoire pour la confection des trousseaux dont les soins incombent à l'Administration.

Le costume est au choix des malades et, autant que possible, identique à celui du pays pour que rien ne les fasse remarquer. La curiosité des premiers jours est d'ailleurs tombée et nos pensionnaires font leurs promenades sans le moindre inconvénient.

Nous nous attachons à éliminer les nourriciers négligents qui auraient des tendances à abandonner leurs pensionnaires à elles-mêmes; en effet, ces malades pour la plupart, ont été internées d'office à Paris après avoir été trouvées sur la voie publique, perdues, incapables de se souvenir où elles allaient et d'où elles venaient; dans un milieu comme Paris on voit le danger d'une telle situation et l'impossibilité presque absolue de remettre de telles malades entre les mains des leurs, obligés de s'absenter pour leur travail quotidien. A Dun, l'inconvénient qu'il y aurait à ce que ces malades s'égarent dans la rue est bien moindre; tous les gens se connaissent et les connaissent; la ville n'est pas grande et la circulation des voitures peu active, mais cet inconvénient doit être lui-même annulé par la surveillance continue des membres de la famille à laquelle nous les confions. Cette famille réalise en quelque sorte la pluralité des gardiennes pour une seule malade; d'autre part, une fillette peut à la rigueur conduire la malade dans sa route, d'une maison à l'autre.

Pourquoi, dans ces conditions, ne pas rendre de telles malades à leur propre famille? nous dira-t-on. L'alternative a été posée lorsque les malades avaient des parents qui les visitaient, et c'est ainsi que quelques-unes des malades portées sur la liste de transfert ont été reprises par leur famille; mais les deux tiers environ de nos pensionnaires ou n'avaient plus de parents s'intéressant à elles (1/3 environ) ou bien avaient des parents ne se trouvant pas en situation de les recueillir (plusieurs ont des enfants placés comme domestiques ou occupés au dehors et hors d'état de les conserver près d'eux). Il serait à souhaiter que le traitement familial direct pût parallèlement être appliqué dans ce cas, ainsi que l'a préconisé M. le docteur Bourneville, par l'allocation de secours individuels. En Écosse, les deux systèmes sont appliqués avec succès; mais, de l'avis des inspecteurs, le placement direct a de grands inconvénients.

D'autre part, on aurait tort de ne voir dans ces placements qu'un mode d'hospitalisation de vieillards non aliénés (bien que l'extension à de tels pensionnaires soit des plus légitimes). Les comprendre ainsi en principe serait détourner de leur but les désignations des chefs de service qui, par placements familiaux, ont compris la continuation d'une surveillance médicale spéciale à des malades inoffensifs, mais incapables de se diriger.

Les protestations unanimes des médecins des asiles de la Seine, réclamant la suppression de l'encombrement par les déments séniles incurables, ne pourraient être interprétées dans le sens du renvoi aux hospices ordinaires. Si ce ne sont pas des aliénés dangereux, ce ne sont pas non plus des séniles simples, mais des malades à mentalité profondément et définitivement altérée. Il faut à ces catégories intermédiaires de malades des modes d'assistances mixtes tenant le milieu entre l'asile fermé et l'hospice de vieillards ; la surveillance médicale dans les familles peut en partie y répondre ; en partie, disons-nous, car, ainsi que le fait observer le Dr Yellowlees (*Lunacy and pauperism*), la moitié seulement des chroniques incurables est susceptible du système familial, le reste relève d'hospices spéciaux tels qu'il en existe en Angleterre, où les trois hospices d'aliénés chroniques incurables de Laevesden, Caterham et Darenth en hospitalisent 2.000 aux environs de Londres, où nous les avons visités.

Les instructions ministérielles primitives n'autorisaient l'essai de placements familiaux à Dun que pour les déments séniles simples ; c'est précisément cette catégorie de malades que les rapports annuels des médecins sont déjà unanimes à signaler comme contribuant à aggraver et perpétuer un encombrement fâcheux dans les asiles de la Seine. Mais encore importait-il de fixer plus nettement les catégories de malades à placer au début de l'essai, pour ne pas rebuter la population et aussi pour permettre de ne pas dépasser le prix de journée fixé par le conseil général de la Seine (moyenne actuelle : 1 fr. 10). Dans ce but, le choix primitif a porté surtout sur des malades âgés de plus de 35 ans. Par le tableau des âges, on voit que, la 1re année, 4 seulement avaient moins de 55 ans, et que près de la moitié des autres (35) avaient de 70 à 80 ans et plus.

Les pensionnaires recherchées par les nourriciers sont celles relativement valides qui peuvent se vêtir et manger seules, se laver et satisfaire seules à leurs besoins naturels ; c'est dire que les paralysies motrices (hémiplégies, paraplégies) sont plus délicates à placer, ainsi que les accidents convulsifs (attaques épileptiformes).

Les nourriciers, en général, ne réclament pas des travailleuses, eux-mêmes souvent manquant de travail et se consacrant pour ce motif au soin de nos pensionnaires. Les démentes séniles simples, sans lésions organiques en foyer, remplissent donc les conditions voulues ; encore, celles présentant de l'agitation, de l'insomnie avec turbulence nocturne sont-elles d'un placement difficile. Les malades déprimées avec troubles intellectuels se rapprochant plutôt d'un état mélancolique, sont des séniles délirantes qu'on pourrait à la rigueur admettre ; un examen sérieux toutefois s'impose au point de vue des tendances au suicide. Ces restrictions se rapprochent, on le voit, de l'article 17 du règlement en vigueur à Gheel à ce même point de vue ; enfin quelques malades devenues gâteuses, jusqu'ici maintenues dans les familles par suite de l'absence d'installation et de lits spéciaux permettant de les garder dans des conditions acceptables, seront bientôt retirées et réunies dans une section spéciale en construction.

Le tableau générale de l'âge de nos malades montre que la majeure

partie est âgée de 60 à 65 ans, période par excellence de la démence sénile.

Les tableaux du temps d'internement montrent que le plus grand nombre a passé de un à sept ans dans les asiles ; encore les internements antérieurs possibles ne sont-ils pas comptés. 8 malades internées de dix à vingt ans étaient des démentes vésaniques chez lesquelles la sénilité avait effacé suffisamment les tendances dangereuses de la psychose.

D'après les graphiques du mouvement de la population, on peut voir que la progression ascendante en a été contre-balancée par des réintégrations, des sorties, transferts et décès.

Un des gros reproches faits préalablement à l'assistance familiale reposait sur la mortalité relative ; ce reproche, ainsi que l'a montré M. Féré au congrès de Blois, en 1892, s'appuie sur une erreur qui s'est glissée dans les comptes rendus du congrès de médecine mentale de Paris en 1889, et qui attribue à la colonie de Lierneux une mortalité de 25 0/0 ; cette erreur, M. Féré l'a d'ailleurs rectifiée en produisant la statistique exacte de la colonie depuis sa fondation. Nous y voyons qu'en 1885, avec une population de 120 malades, il n'y eut que 4 décès, soit 3,83 0/0 ; depuis, il est vrai, la mortalité s'est élevée à 12,45 0/0 (1888) pour retomber à 6,77 0/0 en 1891 ; c'est d'ailleurs à peu près le taux signalé pour les placements familiaux écossais dans le rapport général d'inspection du Dr Fraser (1889, 6 0/0).

Jusqu'à l'heure actuelle, la colonie de Dun semble également favorisée (10 0/0 en 1899), bien que nos malades soient transférées directement de l'asile, alors qu'à Lierneux les premiers placements portaient sur des malades antérieurement soumis au traitement familial de Gheel.

Quant aux sorties par guérison, on conçoit qu'elles soient presque exceptionnelles avec des incurables. Toutefois, des sorties par amélioration n'étaient pas *a priori* impossibles, aussi en avons-nous eu 27 en six ans. Avec tous les auteurs étrangers, qui prônent le système familial, après expérience, nous estimons donc qu'il présente, même pour l'incurable, ce que le Dr Turnbull appelle « l'action tonique du private dwelling system ».

Un certain nombre de malades susceptibles d'être évacuées des

asiles sur Dun, sont retenues par suite d'influences mises en jeu par les familles ; d'autres, déjà transférées, sont l'objet de démarches réitérées pour les faire revenir. Il est certain que la séparation des familles et la nécessité regrettable d'un transfert au loin sont des arguments respectables ; aussi, M. Bourneville avait-il proposé l'essai de placements familiaux dans la Seine même, non plus sous la forme de colonie autonome, mais comme service annexe d'asile excentrique (Villejuif) ; depuis, M. Marandon a repris la même proposition pour Ville-Evrard, mais sans plus de succès. De tels placements, après le succès de la tentative de Dun, semblent un complément logique du système ; ils seraient à notre sens préférables à la colonie annexée à un asile de province. Nul doute que le personnel médical de la Seine puisse offrir les mêmes ressources pour l'essai proposé par M. Bourneville, essai qui aurait l'avantage de supprimer les transferts.

Si les sorties par évasion ont été rares jusqu'ici, toutefois nous signalerons de fréquentes tentatives de fugues, si l'on peut appeler de ce nom la disparition momentanée de quelques pensionnaires égarées, par négligence des nourriciers. Comme à Gheel, nous allouons une modique gratification aux personnes qui ramènent ces malades à l'infirmerie ; tout comme l'article 50 du règlement belge, le nôtre attribue une indemnité de 0 fr. 75 par 5 kilomètres de distance de l'habitation du nourricier. Comme à Gheel, également, la proximité du chemin de fer constituerait un gros inconvénient si les malades pouvaient avoir à notre insu des sommes d'argent importantes. Pour l'éviter, on fractionne le paiement des mandats par coupures plus ou moins faibles, selon le montant et la tendance de la malade à l'évasion (c'est, bien entendu, le médecin seul qui tranche cette question). De même les dépôts et pécules ne sont payés que par fraction s'il y a lieu ; malgré cela, certains malades cherchent à se procurer de l'argent en se faisant adresser des lettres en cachette, sous d'autres noms ; il y a là l'objet d'une surveillance spéciale.

A Gheel, outre les infirmiers de l'asile, il y a sous les ordres de M. le docteur Peeters, deux médecins chefs et deux médecins adjoints avec des assistants et des gardes de section qui visitent les nourriciers ; il est vrai que le nombre des malades est trois fois

plus grand qu'à Dun, mais on ne peut demander aux médecins responsables de tels services de consacrer la journée entière à des courses dans le pays par tous les temps, alors que leur présence aux infirmeries peut être nécessaire, soit pour l'infirmerie même, soit pour le service de garde et de consultation auquel ils se trouvent astreints, sans compter les questions d'administration et les études personnelles. Il est donc nécessaire qu'un employé *ad hoc* fasse des tournées complémentaires lorsque les médecins ont terminé les leurs, tant pour contrôler la bonne exécution des prescriptions que pour se tenir constamment au courant des menus incidents intéressant les pensionnaires.

Comme pour les distributions d'effets, tabac, médicaments, pour les soldes de mandats, remises de lettres, paiements divers et commandes, il faut un agent allant au domicile des nourriciers ; il est naturel de combiner ce service avec les contre-visites de surveillance. C'est ce que j'ai fait jusqu'ici et les rapports du gardien, à la suite de ses tournées, m'aident à découvrir les abus que je réprime (port d'effets des malades par les nourriciers, dettes des malades chez les fournisseurs, vente de leurs effets dans le but de se procurer quelque boison défendue, etc.).

En ne comptant que les visites des médecins et ces contre-visites pointées sur le carnet de nourricier, chaque malade est en moyenne visitée tous les cinq jours.

A Gheel, les malades curables sont visités tous les huit jours par le médecin, les incurables tous les mois seulement. C'est également une fois par semaine (en moyenne) que les visiteurs locaux voient les malades en Écosse ; les inspecteurs du bureau central font une visite approfondie tous les trimestres.

Afin de donner une idée des conditions matérielles de notre organisation, je rappellerai le montant des sommes que j'ai cru devoir proposer au budget de 1901 pour le fonctionnement de la colonie. Soit, avec 800 malades, 425.000 francs.

Ce qui donne un prix de journée total moyen de 1 fr. 45 avec l'amortissement des frais généraux.

Les sommes disponibles sont payées par voie de régie administrative et par avances de 30.000 francs au fur et à mesure des besoins, ce qui réduit la comptabilité à son minimum de complexité.

On remarquera que la literie est le seul linge à la charge des nourriciers, et à ce propos je dirai que le coucher de nos pensionnaires est en moyenne supérieur à ce qu'il est dans certains asiles de province où la Seine transfère des malades par traité. Les lits de nos malades sont ou des lits de fer neufs ou des larges lits de bois en usage dans la région avec paillasse et lit de plume. Je veille à ce que les couvertures soient en nombre suffisant. Beaucoup de nourriciers fournissent des édredons à leur pensionnaire et l'hiver presque tous chauffent les lits à la bouillotte. Je veille également à la propreté des draps et du linge de corps, que nous fournissons en quantité suffisante pour que les lessives ne soient pas par trop fréquentes. Je répéterai que nous avons peu de gâteuses vraies, bien que nos vieillards parfois salissent les lits accidentellement ou par suite d'indispositions intercurrente; nous prêtons alors les toiles caoutchoutées et les alèzes nécessaires ainsi que les bassins plats. Des malades, demi-gâteux à l'arrivée, se sont améliorés par des habitudes réglées et l'adjonction de veilleuses allumées la nuit pour leur permettre de se reconnaître et de se lever auprès du lit. Souvent les cabinets d'aisances sont par trop primitifs et les nourriciers doivent leur substituer des chaises percées ou des tablettes permettant aux vieillards de s'appuyer.

Au cours des délibérations du conseil général, il a été demandé que les malades soient pourvues, comme à Gheel, d'une chambre spéciale; dans l'hypothèse la plus fréquente du placement de femmes âgées et tranquilles, j'ai pensé que l'on pourrait accepter la chambre commune d'un cubage minimum de 60 mètres, lorsque la famille du nourricier n'est pas de plus de deux personnes. Dans quelques ménages avec enfants, les nourriciers font coucher dans leur chambre nos pensionnaires, les enfants couchant dans une autre chambre; il est permis de se demander si cela ne vaut pas, en effet, mieux que d'y placer la pensionnaire seule et moins à portée des soins et de la surveillance nocturne.

Une condition assez satisfaisante se trouve réalisée dans un certain nombre de cas où la nourricière est veuve, seule, demandant une pensionnaire de son sexe. La chambre commune alors ne peut avoir que des avantages au point de vue de la surveillance; hâtons-nous de dire que la moitié de nos pensionnaires actuelles ont une

chambre à part. Si au début nous avons dû placer des pensionnaires dans des chambres communes qui alors étaient en majorité, à l'heure présente le nombre des inscriptions est tel que nous pouvons en placer de plus en plus là où une chambre à part est réservée; on pourra même substituer peu à peu à quelques placements du début, d'autres, plus avantageux, d'inscription récente. On ne peut, cela se conçoit, retirer de suite les malades aux nourriciers de la première heure qui ont donné des soins jusqu'ici satisfaisants, malgré une installation laissant à désirer; on peut d'ailleurs leur laisser le temps d'aménager des locaux plus spacieux, ce à quoi je pousse quelques-uns.

Dans une seule maison, deux pensionnaires ont partagé le même lit, c'étaient l'homme et la femme, séparés pendant quatre ans d'internement et dont les âges réunis donnaient 140 ans; le mari est mort et sa veuve seule reste dans sa nouvelle famille d'adoption (leur fils, dégénéré héréditaire, s'est suicidé depuis longtemps, leur fille est religieuse).

On comprendra que l'on ne puisse exiger d'emblée toutes les améliorations désirables de la part des nourriciers qui font les premiers une avance lourde (appropriation de la chambre, achat de couvertures, literies, cuvettes, vases, etc.). Aussi le début était-il délicat, surtout avec des malades venant de la Seine et accoutumées aux suppléments de régime (café, banyuls, chocolat, pots de thé, etc.).

Le litre de vin par semaine équivaudrait aux 15 centilitres quotidiens des asiles, si les malades savaient le ménager, mais trop souvent elles le boivent dans les premiers jours de la semaine et s'en passent jusqu'au dimanche suivant; plusieurs nourricières donnent en outre, de la piquette ou du café noir.

La viande fraîche à quatre repas est donnée, mais il est difficile de vérifier les quantités proportionnelles consommées par les malades d'une part, par les nourriciers de l'autre. Nos malades ne se plaignent cependant pas, en général, de ce chef, mais réclament surtout le café au lait du matin, que les nourriciers ont une tendance à remplacer par la soupe qu'eux-mêmes consomment.

En consultant les malades elles-mêmes, on peut constater qu'un tiers environ se déclare satisfait de son sort et ne voudrait pour rien au monde retourner à l'asile; un second tiers est indifférent; les

autres réclament plus ou moins énergiquement, non pas qu'elles regrettent l'asile, mais préféreraient rentrer dans Paris, où elles s'imaginent retrouver de suite des places lucratives telles qu'elles ont pu en occuper étant plus jeunes et non démentes. Certaines interprètent la surveillance médicale, dont elles sont encore l'objet, comme une surveillance pénale et réclament contre leur séquestration.

Il faut, en effet, tenir compte de la mobilité pathologique qui fait que certaines malades ne peuvent se plaire longtemps nulle part; quelques pensionnaires changeraient quotidiennement de nourriciers, si on les laissait faire, sans motif d'ailleurs ou pour des motifs grotesques parfois.

Nos malades capables de s'occuper participent aux travaux du ménage chez les nourriciers, travaillent avec eux à la réparation et à la confection de leurs effets. Quand elles s'occupent régulièrement à la couture pour les trousseaux de notre vestiaire, elles sont inscrites au pécule pour 10 à 15 centimes par jour; d'autres travaillent pour des entrepreneurs de confection du pays et font des chemises qui leur sont payées à raison de 20 centimes l'une; bien entendu, cet argent est pour elles et elles le touchent directement.

Dix-huit malades travaillent pour la colonie et un nombre à peu près égal travaillent au dehors.

D'autres font des lessives et vont repasser en ville; outre l'argent gagné ainsi, quelques malades ont des dépôts sur lesquels elles touchent de menues avances (les dépôts et pécules s'élèvent à la somme de 8.137 fr. 25). D'autres reçoivent de l'argent des familles (il a été envoyé 480 francs en un mois). Enfin, à l'occasion des fêtes, j'ai fait distribuer du chocolat et quelques douceurs; les priseurs reçoivent du tabac ainsi que les fumeurs, pour une valeur de 5 centimes par jour.

Les hommes gagnent quelque argent en tirant et portant de l'eau pour nous ou pour les habitants; l'un peint des voitures, un autre fait des filets pour la pêche (il y a même eu contravention de ce chef pour mailles non réglementaires).

On fait distribuer des journaux et livres de lecture, des lunettes, du fil et des aiguilles à volonté, du papier à lettre, et on affranchit

devant les malades, les lettres qui sont présentées quand elles sont présentables.

Quelques malades vont en promenade, dîner à la campagne, en compagnie de leurs nourriciers; j'en ai même autorisé à visiter ainsi la ville de Bourges; d'autres ont reçu la visite de parents; l'impression des familles paraît favorable généralement; c'est comme une détente pour ceux qui arrivent inquiets, persuadés que leur malade est maltraitée et dans un milieu sauvage et grossier. Il est intéressant de voir ces parents reçus chez les nourriciers qui se mettent en frais pour eux, leur offrant à coucher et à manger et sont tout fiers de les promener dans le pays, cherchant à leur prouver que c'est chez eux que les malades sont les mieux traitées.

A l'arrivée, nos pensionnaires refusent parfois de suivre les nourriciers qui veulent les prendre chez eux; « elles ne veulent pas s'installer chez des gens qu'elles ne connaissent pas », mais le plus souvent l'acclimatation est vite faite, surtout s'il y a quelques jeunes enfants; on peut voir, tout comme nous l'avons à Gheel, des malades jouer avec un bébé auquel elles s'attachent et dont le voisinage semble réveiller leurs instincts affectifs.

Des malades qui n'ont plus de parents croient être rentrées chez les leurs; elles ont reconnu la maison et parlent à leurs pseudo-petits-fils de leurs grands-parents.

D'autres démentes se croient encore à Paris, distinguent au loin la tour Eiffel et prennent le chemin de fer économique pour celui de ceinture.

Sans prétendre à un optimisme qui semblerait déplacé, il est permis de considérer la démonstration de huit années avec 800 malades à ce jour comme définitivement probante. Les malades y gagnent-elles considérablement par rapport aux conditions exceptionnelles de confort qu'offrent les asiles de la Seine, à en juger par l'impression générale qu'on en recueille, la satisfaction d'une vie plus libre semble compenser largement pour un certain nombre quelques avantages matériels absents. Ces conditions nouvelles ne sont d'ailleurs en réalité que les conditions primitives communes auxquelles les malades étaient accoutumées avant l'internement.

Tableau du mouvement général de la colonisation familiale depuis la création.

Au 1er janvier 1899, le total des transfèrements à la colonie s'élevait à.			902
Sur lesquels il nous restait 583 présentes.			
Les entrées pendant 1899 ont atteint le chiffre de réparties en 12 convois.			146
Au 31 décembre 1899, le total des transfèrements s'élevait donc à.			1.048
Les entrées de 1899, ajoutées aux présentes, donnent un total de. :			729
Pour cette dernière année, dont il y a lieu de défalquer :			
Décès (dont 1 par submersion). .	53	. . . . .	75
Sorties.	14		
Réintégrations / Transfèrements	8		
Restent présentes au 1er janvier 1900.			654

Nourriciers ayant :	1 malade	2 malades	3 malades	6 malades
Bussy..	1	14	12	»
Levet	7	12	13	»
Ainay.	14	7	1	»
Dun	67	117	52	6
	89	150	78	6 = 323

Infirmeries	de Dun.	17	= 31 malades
	des Annexes	14	
Placements simples.			89 malades
— doubles.			300 —
— triples			234 —
— sextuples.			36 —
		Total...	690 malades.

ASSISTANCE AUX ENFANTS AVEUGLES ET AUX ENFANTS SOURDS-MUETS APPARTENANT A DES FAMILLES INDIGENTES

XI. — Rapport de M. Alph. SAVOURÉ-BONVILLE,

Inspecteur départemental de l'Assistance publique à Évreux (Eure),
Officier de l'Instruction publique.

Le nombre des aveugles en France est évalué à quarante mille;

Celui des sourds-muets paraît être d'une trentaine de mille.

Ces chiffres, rapprochés de ceux fournis par l'annuaire statistique de la France, au tableau n° 7 qui est spécial au dénombrement des infirmités diverses, en 1876, établiraient que la population des aveugles et des sourds-muets peut se répartir comme suit:

Aveugles....	de naissance.....	7.360	40.000
	par accident.....	32.640	
Sourds-muets	de naissance.....	23.000	30.000
	par accident.....	7.000	

En ce qui concerne les aveugles, les statistiques font ressortir à un peu plus de mille le nombre de ceux qui ont l'âge scolaire, et à près de quatre mille celui des enfants de tous âges (1).

Pour les sourds-muets, on peut évaluer à quatre mille le nombre des enfants qui sont dans l'âge de la scolarité, et à au moins sept mille celui des enfants de tous âges.

Le nombre des enfants aveugles ou sourds-muets serait donc, approximativement, de onze mille, savoir :

Aveugles....	garçons.....	2.200	4.000
	filles.....	1.800	
Sourds-muets	garçons.....	3.400	7.000
	filles.....	3.600	

Parmi les enfants aveugles, il y aurait donc sensiblement plus de

(1) Société nationale d'assistance pour les aveugles (année scolaire 1883-1884).

garçons que de filles, alors que parmi les enfants sourds-muets il se trouverait un peu plus de filles que de garçons.

Mais tous ces chiffres ne sont fournis qu'à titre d'indications générales, attendu qu'il n'existe pas de statistique complète touchant les aveugles et les sourds-muets.

La dernière statistique, à cet égard fort sommaire d'ailleurs, remonte au dénombrement de la population de 1876.

Dans l'intérêt des aveugles et des sourds-muets comme dans celui de la société, il serait désirable d'être fixé absolument à cet égard.

Dans toutes les nations, il y a, malheureusement, un nombre plus ou moins élevé d'aveugles et de sourds-muets. Les questions qui concernent les enfants et les adultes atteints de ces infirmités doivent donc trouver place dans notre Congrès international.

En France, elles ont été traitées excellemment dans un rapport présenté par M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, à M. le ministre de l'Intérieur, puis étudié par le Conseil supérieur de l'assistance publique. Je puiserai dans ce document d'utiles renseignements.

Dans l'état actuel, les seuls enfants aveugles ou sourds-muets appelés à recevoir l'enseignement classique et professionnel, soit dans les établissements nationaux ou départementaux, soit dans les écoles communales ou libres, sont ceux qui sont en âge de scolarité.

Encore faut-il remarquer que parmi eux il y en a un nombre élevé qui, faute de place dans ces établissements ou faute de ressources pour le paiement de leur pension dans les institutions nationales ou dans les écoles spéciales, restent dans leurs familles plus ou moins indigentes, et, par suite, ne reçoivent aucun enseignement, ni aucune éducation préalable.

Ceux-là sont voués fatalement à l'ignorance, et ils sont condamnés à devenir des non-valeurs pour eux-mêmes et une charge constante pour le pays.

A Paris, où toutes les collectivités : État, département, commune, et où un grand nombre de personnes charitables témoignent d'une généreuse sollicitude pour toutes les infortunes, notamment pour les malades et infirmes indigents, le sort des enfants aveugles et sourds-muets a été beaucoup amélioré.

Le département de la Seine a créé dans ce but des établissements qui font honneur à son esprit d'initiative aussi bien qu'à ses sentiments de solidarité humaine et de prévoyance sociale.

D'une part, il a institué à Saint-Mandé l'école Braille qui reçoit des enfants aveugles des deux sexes et dont l'organisation est particulièrement remarquable au point de vue des résultats. L'aveugle, s'il se conduit bien, n'est jamais abandonné à lui-même. Après sa majorité, comme pendant sa minorité, l'école le protège. En lui procurant un travail rémunérateur, elle lui permet de vivre, non pas comme un hospitalisé, mais, réellement, comme un travailleur.

Sur une population moyenne de deux cents enfants, il y avait, lors de mon passage, vingt-trois enfants de 6 à 8 ans, et cinq enfants de 3 à 6 ans.

Dans le département de la Seine, c'est la seule école d'aveugles recevant des enfants de moins de 8 ans.

Certes, les cinq enfants de 3 à 6 ans qui sont élevés à l'école Braille ne représentent pas le chiffre de la population des enfants aveugles de 3 à 6 ans, dans la Seine; mais l'école Braille a pris, là, une initiative qui est appelée à combler une lacune dans notre organisation sociale.

D'autre part, le département de la Seine a créé à Asnières l'institut départemental des sourds-muets et sourdes-muettes.

Comme l'école Braille, cet établissement est fortement organisé.

Il renferme actuellement 205 enfants : 125 garçons et 80 filles.

L'âge minimum d'admission est fixé à 6 ans.

Les métiers enseignés sont : pour les garçons, ceux de menuisiers — serruriers-ajusteurs — tailleurs d'habits; pour les filles, ceux de couturières — lingères — giletières — culottières.

L'âge de sortie de l'établissement varie entre 17 et 18 ans.

La direction de l'établissement place très facilement les jeunes gens à leur sortie.

Là, encore, se trouve comblée, en partie, et pour le département de la Seine, une lacune dans l'organisation spéciale aux enfants sourds-muets et sourdes-muettes.

L'Administration de la Seine a donc fait de grands efforts pour venir en aide aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets; elle ne tardera pas sans doute à organiser ses deux écoles d'Asnières et

de Saint-Mandé de manière qu'elles puissent recevoir les enfants tout jeunes.

Mais ceci résulte de l'initiative particulière à l'Administration de la Seine.

Dans toutes les écoles de France, départementales, communales ou libres, à l'usage des enfants aveugles et sourds-muets, les conditions d'âge et les prix de pension varient suivant l'organisation propre à chacun des établissements.

Il convient de remarquer, en outre, que dans bon nombre d'écoles communales ou libres, les méthodes d'enseignement, comme les ressources, sont insuffisantes pour donner aux élèves des moyens d'existence.

La plupart de ces écoles, ainsi qu'il est dit dans le document cité plus haut, ne sauraient soutenir la comparaison avec les institutions nationales pour le fonctionnement des ateliers et la diversité des métiers enseignés, ni pour la qualité des maîtres dans l'art si délicat d'exercer les aveugles, et, surtout, les sourds-muets.

Les institutions nationales, pas plus que les écoles départementales, communales ou libres, ne reçoivent les enfants de tous âges.

L'institution des jeunes aveugles n'admet les enfants qu'à l'âge de 8 ans, alors que l'institution des sourd-muets, admet les enfants dès l'âge de 6 ans.

C'est la conséquence naturelle du manque de dispositions légales à l'égard des aveugles et sourds-muets, dont l'instruction et l'assistance sont restées facultatives.

Dans l'état actuel, le sort de ces malheureux enfants dépend donc uniquement de l'intervention d'un particulier charitable, ou de celle d'une administration soucieuse d'accomplir son devoir envers les infirmes et envers la société.

Ce n'est pas suffisant, dans l'intérêt des enfants aveugles et des enfants sourds-muets, que leur infirmité rend particulièrement intéressants, comme dans l'intérêt bien compris de la société.

Il serait humain, équitable et sage de rendre obligatoires l'assistance et l'enseignement aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets, avec la gratuité pour ceux de ces enfants qui seraient pauvres.

De ce qui précède, il se dégage, en effet, ce fait que ceux des enfants qui ont la chance d'être présentés ne sont pas admis avant

l'âge de 8 et 9 ans, je parle, bien entendu, de la généralité, puisqu'il existe quelques écoles où les enfants sont reçus à 6 ans, et, même exceptionnellement, au-dessous de 6 ans. Pour les enfants qui n'ont pas atteint cet âge, il arrive alors ceci : Quand l'enfant aveugle ou sourd-muet appartient à une famille aisée, son avenir est assuré, soit dans une institution nationale, soit dans sa famille, par des maîtres spéciaux.

Mais, si l'enfant appartient à une famille indigente et même d'ouvriers gagnant des salaires minimes, sa situation, dans la plupart des cas, est lamentable.

Il finit par être considéré uniquement comme une charge d'autant plus lourde qu'il est une cause d'embarras pour ses parents travaillant hors de chez eux.

En admettant qu'il reçoive de ses père et mère de bons soins matériels, on peut affirmer que son sort sera bien triste. Il ne jouira pas, comme son camarade fortuné, de soins affectueux d'une éducation tendant à développer son intelligence et à le préparer à recevoir plus tard un enseignement classique et professionnel.

D'autre part, il convient de remarquer que dans les pays où l'instruction gratuite et obligatoire a été instituée, il se produit ce fait que les enfants aveugles ou sourds-muets, par suite de leurs infirmités qui, cependant, les rendent particulièrement intéressants, se trouvent exclus des bienfaits de cette disposition légale.

Indépendamment des raisons d'humanité, de charité, de solidarité, qui nous portent à venir en aide aux aveugles et aux sourds-muets, en cherchant à les mettre à même de se suffire par leur travail, il y a encore, pour les nations, intérêt à agir ainsi. En effet, si un enfant aveugle ou sourd-muet n'est pas, en quelque sorte, recueilli par la société ; si celle-ci ne lui assure pas une éducation et une instruction devant lui procurer les moyens d'existence, elle en fait un être ignorant, inutile, qui, sa vie durant, constituera pour elle une charge et un embarras.

En Suisse, l'administration cantonale de Berne l'a compris ainsi, puisque les enfants aveugles ou sourds-muets qui se trouvent en état d'indigence, sont placés dans des écoles spéciales, *dès leur naissance*.

A Bruxelles, *il n'est pas non plus fixé d'âge* pour l'admission des aveugles ou sourds-muets dans des établissements spéciaux.

Dans les autres provinces de Belgique, un fonds commun mixte (provincial et communal) est destiné à subvenir aux frais d'éducation et d'instruction des enfants aveugles ou sourds-muets, à partir de l'âge de 4 ans.

En Autriche, les enfants ne sont admis dans des établissements spéciaux qu'à partir de 8 ans ; la province subventionne l'institution des aveugles.

Dans les Pays-Bas, les enfants sont placés dans des institutions spéciales à l'âge de 6 ou 7 ans. Une institution *Prins Alexander Nuhling* à Bennevern, s'occupe de l'instruction préparatoire des enfants de 3 à 9 ans.

En Angleterre, les *Unions* envoient les enfants dans des instituts en payant pour leur instruction.

Dans le grand-duché de Finlande, l'État finnois possède des écoles où les sourds-muets et les aveugles reçoivent l'enseignement et sont entretenus.

Actuellement, il y a sept instituts de sourds-muets et deux instituts d'aveugles.

Deux écoles sont spéciales aux sourds-muets âgés au moins de 14 ans.

Dans les autres, les enfants sourds-muets, comme les enfants aveugles, sont reçus alors qu'ils sont âgés de 8 à 10 ans.

En Prusse, les aveugles et les sourds-muets sont reçus, à partir de leur sixième année, dans des institutions publiques, à la charge et sous la direction des provinces.

Ce compte rendu de ce qui a lieu dans un certain nombre de nations d'Europe est sommaire, mais il autorise à penser que, partout, le sort des enfants aveugles ou sourds-muets devrait être amélioré dans le but de mettre ces enfants à même de gagner leur vie et d'éviter que la société ait, de ce chef, des non-valeurs, et ainsi, des charges résultant de l'incapacité intellectuelle des aveugles et des sourds-muets.

A cet effet, et comme l'a dit éloquemment M. Maurice de la Sizeranne, typhlophile ardent des plus distingués, il conviendrait d'unifier les systèmes d'enseignement intellectuel et professionnel, d'expérimenter des procédés et des appareils nouveaux, de perfectionner et de vulgariser le matériel scolaire et l'outillage spécial.

J'ajouterai qu'il conviendrait, en outre, de rendre obligatoire l'instruction des enfants aveugles et des enfants sourds-muets.

La réalisation de ce programme ne saurait guère être obtenue qu'autant qu'il existerait des écoles normales chargées de former des maitres aptes à donner aux enfants aveugles ou sourds-muets l'éducation et l'instruction qui leur conviennent.

Je soumets donc au Congrès les projets de vœux suivants :

1° Que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets les bienfaits de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et pour les entendants;

2° Que, à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes soient rendues obligatoires;

3° Que des mesures soient prises pour que, désormais, lors du dénombrement de la population, les feuilles de recensement renferment des questions touchant le nombre, le sexe et l'âge des aveugles ou sourds-muets;

4° Que les institutions nationales soient organisées de telle sorte qu'elles puissent se charger de tous les enfants aveugles ou sourds-muets appelés à recevoir l'instruction ou à apprendre un métier.

Que des institutions spéciales soient créées en vue d'élever, dès leur jeune âge, les enfants aveugles et sourds-muets, afin de développer, peu à peu, l'intelligence de ces enfants et de les préparer ainsi à recevoir l'instruction.

5° Qu'il soit créé des écoles normales pour former le personnel professoral des institutions d'aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes.

CRÉATION ET FONCTIONNEMENT D'UN HOPITAL A LA CAMPAGNE

XII. — Mémoire de M. Paul WALLERSTEIN.

Au moment où va se réunir le *Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée* nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de soumettre à l'appréciation des membres de ce Congrès quelques considérations sur *l'utilité des hôpitaux à la campagne,* en les appuyant de l'exemple d'un petit hôpital de campagne que nous avons fondé à Arès (Gironde) et qui fonctionne depuis quatre ans et demi.

En même temps nous espérons pouvoir être utile aux personnes qui pourraient être désireuses d'appliquer leur charité à des œuvres analogues; c'est pourquoi, avant de parler des services rendus par l'hôpital d'Arès, dirons-nous quelques mots des raisons qui nous ont amené à le créer.

I. — Historique

Le mouvement qui commence seulement à se faire en France, tendant à la décentralisation des maisons hospitalières, s'est produit depuis longtemps en Angleterre où on compte actuellement plus de 300 hôpitaux de campagne ou « Cottage hospitals » tous créés et entretenus par la charité privée. En France, selon nous, on s'en remet trop à l'intervention de l'État et l'on est porté à considérer que la loi sur « l'assistance médicale gratuite » suffit à assurer aux malheureux les soins dont ils ont besoin lorsqu'ils tombent malades. C'est une erreur, car depuis la promulgation

de cette loi les communes ont une tendance à réduire chaque année la liste des « indigents inscrits » bénéficiant de l'assistance gratuite, pour limiter autant que possible les charges que la législation leur a imposées.

Habitant la campagne une grande partie de l'année nous avons été frappé de ce fait, et aussi de la difficulté, pour ne pas dire de l'impossibilité, où le médecin se trouve trop souvent de soigner les malades dont les habitations sont, ou trop éloignées, ou établies dans des conditions d'hygiène absolument défectueuses; pour remédier dans une certaine mesure à ces inconvénients, le médecin résidant à Arès nous avait à plusieurs reprises demandé de mettre à sa disposition, dans un bâtiment à sa portée, deux pièces pour y recueillir soit les malades sans famille, soit ceux habitant à une distance trop grande du bourg pour être visités aussi fréquemment qu'il eût été désirable. Ayant eu l'occasion d'apprécier les services rendus par l'hôpital de Tournan (Seine-et-Marne), œuvre particulière fondée par Mme Isaac Péreire, nous nous sommes inspiré de cet exemple, et nous avons créé le petit établissement qui a reçu le nom de « Maison de santé d'Arès ». Nous avons évité l'appellation d'« hôpital », ce mot effrayant toujours l'habitant des campagnes.

II. — Description de l'établissement

La maison de santé d'Arès a été construite pendant l'été de 1895 et ouverte dès le mois de décembre de la même année.

Elle se compose d'un bâtiment à rez-de-chaussée affectant la forme d'un rectangle divisé dans toute sa longueur par un corridor; d'un côté la salle des hommes et celle des femmes, chacune contenant trois lits, séparées l'une de l'autre par la chambre des infirmières; de l'autre côté, dans l'ordre où nous les énumérons, la salle d'opérations, la lingerie-pharmacie, les water-closets, la salle de bains-lavabo, la salle à manger et la cuisine. Dans un pavillon séparé se trouvent : une chambre d'isolement pour les maladies contagieuses, un water-closet, une chambre pour l'infirmière, et une annexe pour le dépôt mortuaire. Enfin dans un troisième bâtiment une buanderie et un petit magasin à provisions. Un réservoir d'eau, placé à 7 mètres de hauteur, fournit l'eau dans toutes les

parties des trois bâtiments. La maison principale est orientée du nord au sud, et les chambres des malades sont exposées à l'est.

Nous nous bornons à cette description sommaire, et pour les détails de construction, d'aménagements, etc., etc., nous renvoyons à la thèse, soutenue le 17 mai 1899 devant la faculté de médecine de Bordeaux, par M. le Dr A. Larroche, intitulée « Un exemple d'hospitalisation des malades à la campagne ». On trouvera, d'ailleurs, en annexe un plan et une photographie de l'établissement.

III. — But

La maison de santé a un double but :

elle hospitalise les malades, et elle reçoit à sa consultation externe, que nous désignerons sous le nom de « dispensaire », les malades dont l'état ne réclame pas l'admission. Aussi, pour ce chapitre-ci, comme pour les chapitres suivants, établirons-nous deux divisions: A) *Hôpital* et B) *Dispensaire*.

A) *Hôpital*.

L'hôpital reçoit gratuitement;

1° Les malades indigents inscrits;

2° Les malades qui, sans être inscrits sur les listes d'assistance, sont presque aussi misérables que les précédents;

3° Les malades qui, sans être indigents, n'ont d'autres ressources pour vivre que le produit de leur travail journalier.

En dehors de ces catégories, les malades qui désirent être hospitalisés doivent payer un prix de pension uniforme de 3 francs par jour.

Le régime de la maison est rigoureusement le même pour les malades gratuits et les malades payants.

B) *Dispensaire*.

Le dispensaire est ouvert à tout indigent, et en général à toute personne de la classe laborieuse, dont l'état réclame un traitement ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations et ne nécessitant pas l'hospitalisation.

IV. — Fonctionnement

A) *Hôpital.*

La maison de santé d'Arès est ouverte aux habitants des communes d'Arès, du Porge (14 kilom.), de Lège (4 kilom.), d'Andernos-les-Bains (5 kilom.), de Lanton (10 kilom.), d'Audenge (14 kilom.).

L'ensemble de la population de ces diverses communes représente un peu plus de 7.000 habitants.

Les malades indigents ou pauvres sont admis sur la demande du maire de leur commune, après avoir été visités par le médecin de l'établissement M. le Dr Ferdinand Peyneaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, résidant à Arès.

Les grandes opérations sont pratiquées par un chirurgien de Bordeaux qui se rend à Arès sur la demande du médecin ordinaire. (Depuis l'ouverture de la maison de santé toutes les opérations ont été faites par M. le Dr Courtin, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, qui a offert spontanément de mettre gratuitement sa science et son dévouement à notre disposition pour tous les cas où le malade est hospitalisé gratuitement).

Les malades restent à la maison de santé non seulement tout le temps que dure leur maladie, mais aussi jusqu'à la fin de leur convalescence, de façon qu'en partant ils puissent reprendre leur travail.

Les visites des parents et amis ont lieu tous les jours de 1 heure à 3. Cependant les plus grandes facilités sont accordées à ceux qui, retenus par leur travail, ne peuvent venir voir leurs malades que leur journée finie.

B) *Dispensaire.*

Le dispensaire a commencé à fonctionner au mois de mai 1897. Tous les matins, après la visite des malades hospitalisés, une consultation est ouverte aux malades externes.

Les objets de pansement ainsi que les médicaments pouvant être absorbés sur place sont fournis gratuitement aux malades (la loi sur l'exercie de la pharmacie ne permet pas de donner des remèdes à emporter).

V. — Résultats obtenus

A) *Hôpital.*

Premier résultat : Augmentation du nombre des malades secourus. Comme nous le disions plus haut (voir page 2) les communes ont une tendance à réduire chaque année la liste des «indigents inscrits», pour limiter leurs charges autant que possible. Aussi du 2 décembre 1895 (date de l'ouverture de la maison de santé) au 31 décembre 1899 il y a eu 99 admissions gratuites, parmi lesquelles on compte seulement 14 inscriptions sur les listes des communes.

Deuxième résultat : Admission des malades sans domicile. Sans doute on ne saurait, de crainte d'encombrement immédiat, donner un pareil but à l'œuvre, mais lorsqu'un cas de ce genre se présente il est impossible de ne pas intervenir.

Citons trois exemples :

Au mois de décembre 1898 un vieillard de 70 ans (observation n° 67) sans domicile, vivant dans la lande et couchant tantôt dans une grange tantôt dans une autre, est frappé d'hémiplégie; ramassé le long d'un fossé il est porté successivement dans les deux communes les plus voisines qui refusent de s'occuper de lui, sous prétexte qu'il ne leur appartient pas; amené enfin à Arès, où il était né, mais qu'il avait quitté depuis fort longtemps, il est admis d'urgence à la maison de santé où il est hospitalisé et remis sur pied. Pendant ce temps la commune faisait les démarches auprès de la Préfecture pour obtenir son admission dans un hospice de Bordeaux. Ce ne fut qu'après trois mois qu'il put entrer au dépôt de mendicité. Si la maison de santé d'Arès n'avait pas été là pour le recueillir,

cet homme eût certainement péri misérablement dans une grange quelconque.

Deux ouvriers sans travail et sans ressources voyageant à pied, sont obligés de s'arrêter à Arès; l'un atteint d'accidents herniaires (observation n° 100), l'autre de bronchite infectieuse (observation n° 144). Admis d'urgence à la maison de santé, ils en sortent guéris et en état de continuer leur route.

Troisième résultat : Admission des malades dont le domicile est défectueux ou insuffisant. Tels les malheureux, presque tous des vieillards, occupés à la garde des troupeaux, et qui couchent dans de mauvaises granges ; tels les ouvriers, employés aux exploitations de forêts, qui vivent dans de misérables cabanes ; tels les membres de familles nombreuses, entassés dans d'étroites demeures où le plus souvent plusieurs enfants couchent dans le même lit.

Quatrième résultat : Admission des malades dont le domicile est trop éloigné du médecin ou trop difficilement accessible. Tels les résiniers et métayers dont les habitations sont dispersées dans les forêts ou la lande ; tels les ostréiculteurs vivant dans les dunes qui bordent le bassin d'Arcachon.

Cinquième résultat : Isolement des maladies contagieuses. Comment dans une famille pauvre, souvent nombreuse et vivant à l'étroit, pratiquer l'isolement d'un diphtérique, d'un tuberculeux, d'un érysipélateux, etc. ? Et cependant combien la chose est indispensable ! C'est ce que la maison de santé a permis de faire avec son pavillon d'isolement.

Sixième résultat : Opérations urgentes et chirurgie aseptique. Sans doute les communes ont la possibilité d'envoyer à l'hôpital de la ville leurs blessés; mais cette manière de procéder, onéreuse pour les communes, est très pénible pour le patient qui se trouve séparé des siens, et condamné souvent à un long isolement.

En cas d'accident, le blessé, soumis à des transports considé-

rables et à des transbordements nombreux, n'arrive pas toujours à temps à l'hôpital de la ville pour être sauvé.

Ici encore citons trois exemples :

Il y a deux ans, un homme pris de boisson s'étant, dans la soirée, couché le long de la voie du chemin de fer à Audenge, fut surpris par un train, et eut une jambe broyée. Le lendemain seulement il put être transporté à Bordeaux où il mourut en arrivant à l'hôpital.

L'été dernier, un soir à 4 heures, une femme, traversant un passage à niveau non gardé à Andernos, est renversée par le train et a une jambe écrasée; transportée immédiatement à la maison de santé d'Arès (observation n° 125) elle y est pansée sans retard; le chirurgien de Bordeaux, appelé par dépêche, arrive pendant la nuit et fait l'amputation le lendemain à la première heure; la femme guérit rapidement. On est en droit de penser que si elle eût dû attendre toute la nuit, sans soins, pour être transportée le lendemain à Bordeaux, comme dans l'exemple précédent, elle eût succombé à sa blessure.

En janvier 1899, un garçon de 13 ans (observation n° 104) fils de résinier, habitant dans la forêt à 7 kilomètres d'Arès, reçoit par imprudence, presque à bout portant, un coup de fusil chargé de plomb; transporté le lendemain matin à la première heure à la maison de santé d'Arès, le médecin constate une perforation intestinale. S'il avait fallu envoyer le blessé à la ville il est probable qu'il n'aurait pas supporté les fatigues d'un voyage de plusieurs heures avec transbordements. Après des soins qui durèrent six mois l'enfant quitta la maison de santé absolument guéri.

Mais à côté des cas de grande chirurgie il y a des cas de chirurgie courante; or est-il possible de pratiquer l'asepsie dans une pauvre demeure où tout manque, le linge, les vases indispensables, et même l'eau propre ?

Comment encore faire de la gynécologie en n'ayant sous la main rien de ce qu'il faut en pareil cas, alors que la malpropreté règne partout ?

Comment soigner les maladies des voies urinaires où non seule-

ment les soins doivent être assidus, constants, mais d'une asepsie parfaite ?

Septième résultat : Possibilité de faire bénéficier les malades de moyens de guérison qu'ils ne sauraient se procurer chez eux, tels que bains, douches, électricité, etc., etc.

Huitième résultat: Hospitalisation des malades qui ne sauraient être soignés par leur famille. Nous croyons utile d'attirer tout particulièrement l'attention sur ce résultat qui correspond aux cas qui se présentent le plus fréquemment dans les campagnes.

Nous avons d'abord les miséreux vivant seuls sans personne pour les assister. Puis vient la catégorie bien intéressante des travailleurs: un homme, une femme, un enfant, appartenant à une famille qui, sans être indigente, n'a d'autres ressources que le produit du travail journalier, tombe malade; immédiatement c'est le chômage soit d'un, soit de plusieurs membres de la famille, car il faut rester à la maison pour soigner le ou la malade, et la gêne apparaît dans le ménage qui avait vécu jusque-là d'une façon relativement aisée; et, si la maladie se prolonge, c'est l'obligation de s'endetter, c'est la misère pour longtemps, quelquefois pour toujours.

En recueillant gratuitement les malades de cette catégorie on laisse aux autres membres de la famille la possibilité de continuer à travailler, et la misère est évitée.

Faisons observer que les malades de cette catégorie, la plus nombreuse en réalité, ne seraient pas reçus aux hôpitaux de la ville, car n'étant pas inscrits dans leurs communes comme indigents, celles-ci ne paieraient pas pour eux, et leurs familles ne pourraient supporter les frais de l'hospitalisation payante.

Pour les détails des résultats obtenus nous donnons à la fin de ce mémoire une statistique relevée sur le «Livre d'observations» tenu par le médecin ordinaire de la maison de santé, M. le Dr F. Peyneaud.

B) *Dispensaire.*

Le grand avantage du dispensaire est de donner aux malades des soins appropriés tout en leur permettant de vaquer à leurs occupations journalières.

Dans le service du dispensaire rentrent tous les cas de petite chirurgie, blessures diverses, panaris, abcès, etc., etc.

Puis viennent les cas de gynécologie, des maladies des voies génito-urinaires, d'ophtalmologie, etc., etc.

A la maison de santé tout est réuni pour que les choses se passent vite et bien, médecin, aides, installations spéciales, etc., etc.

Le malade regagne son domicile ou reprend son travail.

Le dispensaire met à la disposition des malades externes des installations de bains, d'hydrothérapie, d'électrothérapie, c'est-à-dire la possibilité de suivre des traitements qu'il ne sauraient se procurer à domicile.

De même que nous l'avons fait pour les malades hospitalisés, nous renvoyons pour le dispensaire à la statistique placée à la fin du présent mémoire.

Conclusions

En rédigeant le présent mémoire notre but n'a pas été seulement de démontrer l'utilité des hôpitaux à la campagne, mais encore de faire œuvre de propagande en faveur de maisons hospitalières de cette nature. Nous éprouvons tant de satisfaction à voir les services rendus par la maison de santé d'Arès à la population qui nous entoure, que nous voudrions entraîner dans cette voie des bonnes volontés souvent hésitantes sur la meilleure manière de faite la charité.

Les proportions modestes de notre fondation nous ont permis d'en faire une œuvre absolument privée; mais il semble, à l'exemple de ce qui se fait dans d'autres pays, qu'il serait facile de propager en France les hôpitaux ruraux en faisant appel à la bonne volonté de tous; des souscriptions, auxquelles les communes prendraient part, permettraient de créer des maisons hospitalières, cantonales ou régionales, que les départements et l'État ne se refuseraient certainement pas à subventionner, et qui, déclarées d'utilité publique, seraient aptes à recevoir les dons et les legs des personnes désireuses de venir en aide aux malades pauvres. Que de sommes énormes, laissées souvent par des particuliers à des œuvres qui n'en ont pas absolument besoin, à des fondations sans intérêt majeur, qui trouveraient un emploi plus judicieux et plus

humanitaire dans l'encouragement donné au développement des hôpitaux à la campagne !

Il est de notre devoir, en vue de la propagande que nous désirons faire, de donner un aperçu sommaire du coût de premier établissement de la maison de santé d'Arès, et des frais annuels de son fonctionnement pendant les quatre années qui se sont écoulées depuis son ouverture. On trouvera ces renseignements à la suite des statistiques.

Statistiques

A) *Hôpital.*

Tableau donnant pour chaque année et par mois, le nombre des journées de présence des malades hospitalisés.

ANNÉES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE	TOTAUX par ANNÉE
1895.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	81	81
1896.....	47	45	67	69	55	42	79	65	61	53	85	43	711
1897.....	85	61	97	65	67	96	125	83	100	65	45	84	923
1898.....	67	74	50	60	45	87	62	23	8	86	99	66	677
1899.....	55	39	86	91	102	52	145	163	42	91	64	15	945
Total des journées de présence													3.337
NOMBRE DES ENTRÉES													
1895.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	4
1896.....	3	5	4	5	3	2	1	4	1	1	2	1	32
1897.....	2	5	1	4	2	3	4	2	4	2	1	2	32
1898.....	4	2	3	1	3	3	2	3	1	2	5	2	31
1899.....	5	1	4	1	3	3	9	5	6	2	5	1	45
Total des entrées													144

B) *Dispensaire.*

Tableau donnant pour chaque année et par mois, le nombre des consultations.

ANNÉES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE	TOTAUX par ANNÉE
1897.....	»	»	»	»	9	2	17	14	6	62	54	41	225
1898.....	24	36	55	41	54	111	100	66	93	101	69	56	806
1899.....	55	45	104	102	80	120	89	55	57	86	31	47	871
TOTAL des consultations.....													1.902

Classement des malades hospitalisés, du 2 décembre 1895 au 31 décembre 1899, suivant les catégories établies dans le chapitre RÉSULTATS.

	Nombre.
Malades sans domicile.....	3
— dont le domicile était défectueux ou insuffisant.	17
— — était trop éloigné du médecin.	14
— atteints d'affections contagieuses.....	8
Malades atteints d'affections chirurgicales ayant eu besoin d'une opération.....	62
Malades ayant dû suivre des traitements qu'ils n'auraient pu avoir à leur domicile.....	2
Malades qui n'auraient pu être soignés par leur famille, et malades sans famille.....	38
TOTAL.....	144

Coût de premier établissement de la maison de santé d'Arès et du dispensaire.

	fr.
Terrain.....	2.220
Constructions.....	35.220
Installations, mobilier, etc.....	6.480
TOTAL.....	43.920

Dépenses annuelles comprenant: les frais de médecin, les médicaments et pansements, la nourriture, les gages des infirmières, l'entretien des installations, etc.

ANNÉES	JOURNÉES de PRÉSENCE à l'hôpital.	CONSULTATIONS au DISPENSAIRE	DÉPENSES BRUTES	RECETTES — MALADES payants.	DÉPENSES NETTES
			fr. c.	fr. c.	fr. c.
1896.....	711	»	3.067 95	997 »	2.070 95
1897.....	928	225	3.720 35	1.123 50	2.596 85
1898.....	677	806	3.785 65	331 25	3.454 40
1899.....	945	871	3.742 50	525 25	3.217 25
TOTAUX....	3.256	1.902	14.316 45	2.977 »	11.339 45

Observation relative au coût de premier établissement de l'hôpital.

On a vu que ce coût de premier établissement ressort à 43.920 fr.: le nombre des lits de malades étant de 7, chacun de ces lits revient donc comme prix de fondation à 6.274 francs.

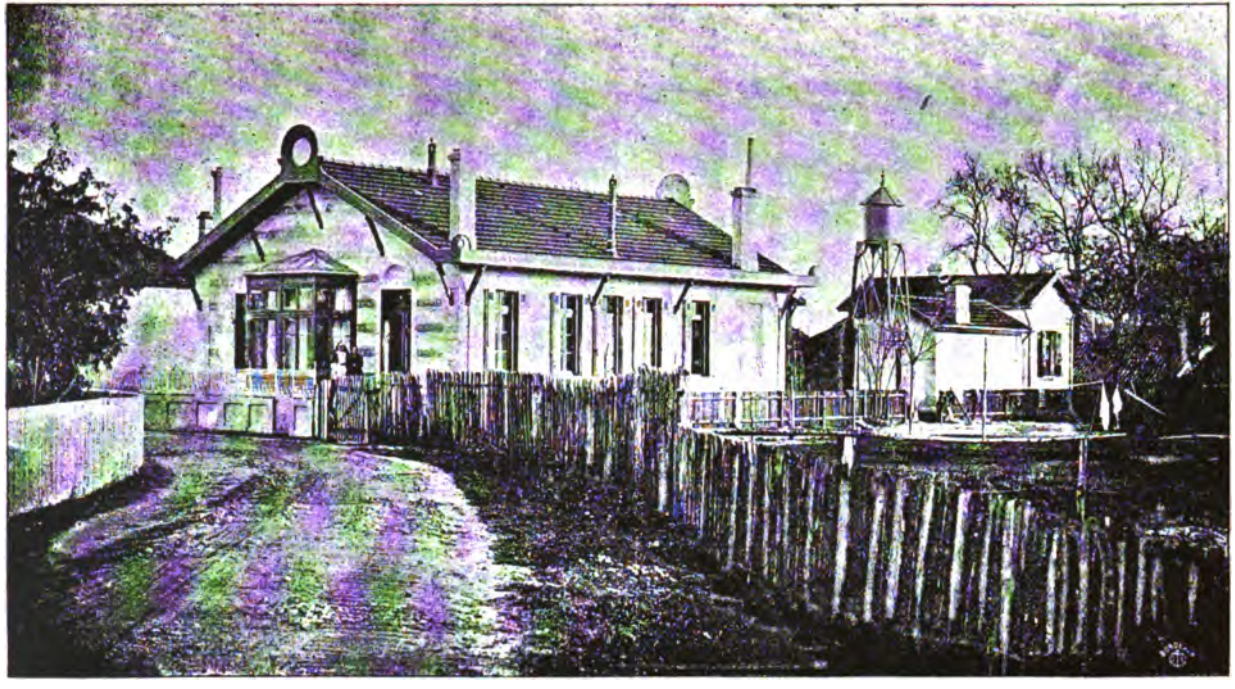
Ce prix est supérieur à celui qu'on atteindrait dans la majorité des campagnes, car bâtir à Arès est particulièrement onéreux, la région ne fournissant, sauf le bois, aucun des matériaux nécessaires à la construction. Tous ces matériaux doivent être amenés de loin et sont par suite grevés de frais importants de transport.

Observation relative aux dépenses annuelles de la maison de santé.

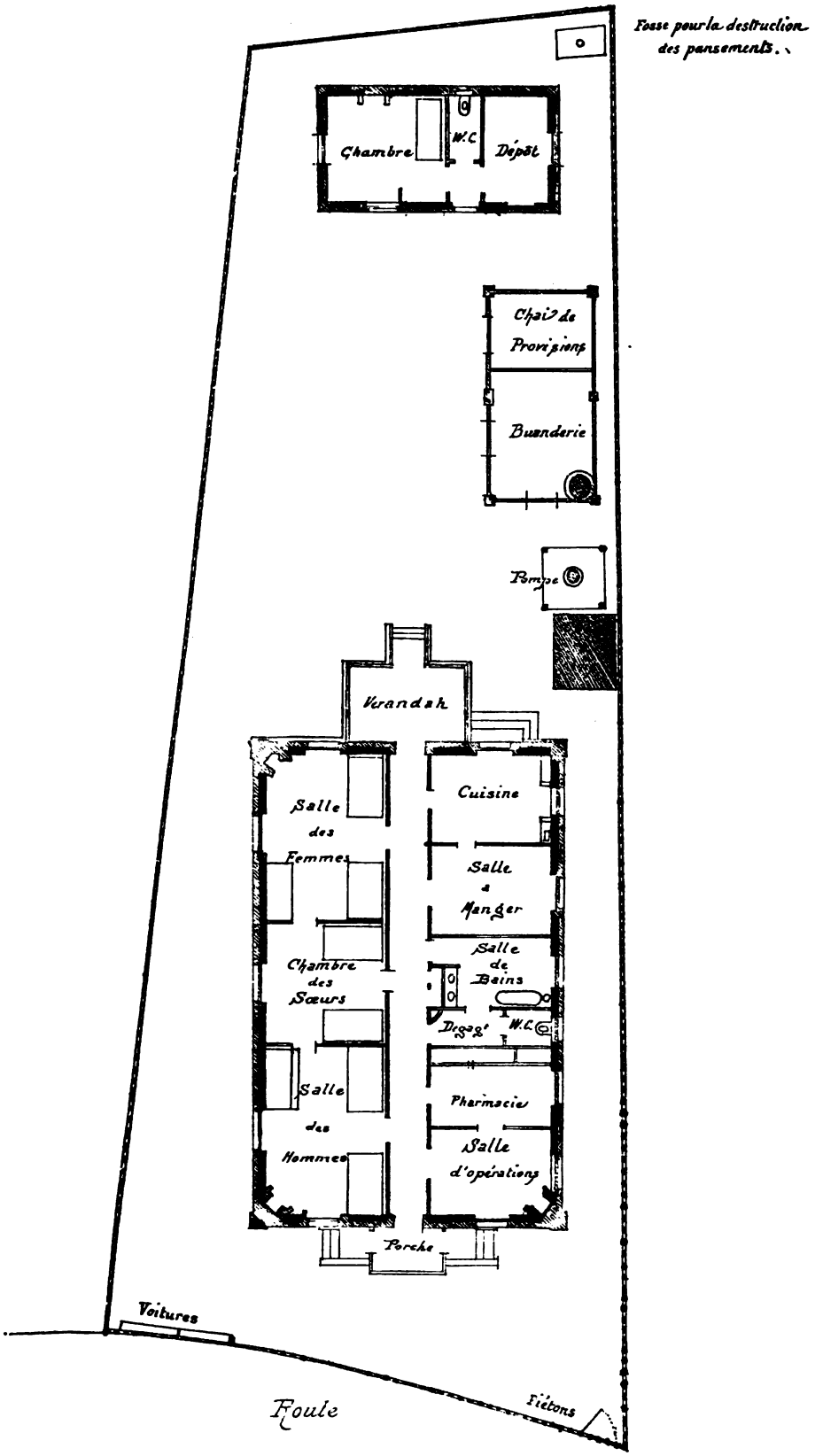
Il résulte de la statistique établie plus haut que la dépense brute des quatre années complètes d'exercice (1896 à 1900) a été, au total, de 14.316 fr. 45 pour 3.256 journées de présence de malades hospitalisés, ce qui fait ressortir à une moyenne de 4 fr. 40 le prix de la journée.

Nous devons faire remarquer que dans ce prix, qui peut paraître élevé, se trouvent compris tous les frais du dispensaire (1.902 consultations). Il n'a pas été possible de tenir un compte spécial des frais occasionnés par le dispensaire, auquel la maison de santé a fourni gratuitement les médicaments, les objets de pansement, les bains médicinaux, les instruments de chirurgie, etc., etc.

Nous pensons aussi devoir faire observer que le nombre de nos lits, primitivement de 5, a été porté ensuite à 7, sans que les frais généraux aient augmenté sensiblement; on peut en conclure que la journée de présence de malade n'atteindrait pas un prix aussi élevé que le nôtre dans un établissement plus important où les frais généraux se répartiraient sur un plus grand nombre de lits.



MAISON DE SANTÉ D'ARÈS (Vue d'ensemble).


Fosse pour la destruction des pansements.
Chambre
W.C
Dépôt
Chai de Provisions
Buanderie
Pompe
Verandah
Salle des Femmes
Cuisine
Salle à Manger
Salle de Bains
Chambre des Sœurs
Drogue
W.C
Salle des Hommes
Pharmacie
Salle d'opérations
Porche
Voitures
Route
Piétons

DE L'ASSISTANCE AUX LÉPREUX A L'ÉPOQUE ACTUELLE
EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

XIII. — Mémoire de Dom SAUTON,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Bénédictin de Ligugé.

La deuxième section de ce Congrès international s'occupe des questions relatives aux malades et, dans son zèle au-dessus de tout éloge, elle invite tous ceux qui pratiquent l'assistance aux pauvres, aux malades, aux infirmes de toute catégorie, à lui apporter, sous forme de « Mémoire » le résultat de leurs observations, dans le but d'améliorer la situation de ces malheureux ; c'est donc pour répondre à cette invitation que je me permets aujourd'hui d'attirer votre attention bienveillante sur les infortunés lépreux.

D'aucuns penseront peut-être que cette maladie n'est pas un sujet d'actualité, qu'après avoir, depuis plusieurs siècles déjà, promené ses ravages en Europe, elle en a totalement disparu pour frapper quelques rares victimes sur des plages lointaines. Hélas! il en est autrement, car en ce moment, il y a plus d'un million de lépreux sur la surface du globe ; aussi avons-nous cru utile de déchirer ce voile mystérieux sous lequel on s'efforce de dissimuler l'existence de la lèpre, et d'étaler cette énorme plaie au grand jour pour en chercher et en obtenir la guérison Après de courtes considérations sur cette maladie, au double point de vue médical et historique, nous la suivrons dans les ravages qu'elle exerce actuellement dans le monde entier ; chemin faisant, nous parlerons de la situation faite

à ceux qu'elle frappe, et dans une dernière partie nous traiterons spécialement des divers modes d'assistance publique et de bienfaisance privée que réclame ce fléau.

PREMIÈRE PARTIE

Courtes considérations médicales et historiques

La lèpre est une maladie bacillaire, exclusive à l'homme et, selon la parole du Dr Besnier, « aussi individualisée et aussi extrinsèque que la tuberculose, avec laquelle elle a de nombreux points de contact, ou que la syphilis, qu'elle côtoie en un grand nombre de points ».

La lèpre vient du lépreux, elle se déplace avec ceux qui en sont atteints et là où il n'y a point de lépreux, on ne la verra point éclater spontanément; sans doute de grandes fatigues, une alimentation défectueuse, la misère ouvrent la porte à de nombreuses maladies; elles préparent un terrain favorable qu'elles pourront mettre en état de « réceptivité », mais de même que la syphilis vient d'un syphilitique, ainsi la lèpre vient d'un lépreux et c'est pourquoi toutes ces causes auxquelles on l'attribuait jadis sont incapables à elles seules de la produire.

Sa nature bacillaire, l'histoire de sa marche envahissante, ses nombreux et prompts ravages, et des cas indubitables de contamination permettent d'affirmer qu'elle est contagieuse; mais jusqu'à ce jour, l'on ignore aussi bien le mode suivant lequel se réalise la contagiosité, que les conditions qui la favorisent, l'atténuent ou la réduisent à néant. Quant à l'hérédité, elle se traduirait plutôt sous forme d'hérédo-contagion.

Les manifestations lépreuses sont très diverses, et rendent souvent le diagnostic difficile; mais il n'y a pas lieu de développer ici ce sujet.

Un mot enfin relatif au traitement: La lèpre, dit-on, est incurable; pourquoi songer à la guérir? Mais en vertu de quel dogme scientifique n'est-il point permis de travailler en vue de la guérir? On ne

connaît pas le remède spécifique de la tuberculose, et cependant, il est notoire aujourd'hui que l'on guérit des tuberculeux, et l'on espère trouver les moyens d'en guérir davantage. Il en est de même de la lèpre qui offre d'ailleurs de nombreux traits de ressemblance avec sa sœur la tuberculose.

En remontant le cours des âges, on trouve la première description de la lèpre dans le plus vieux livre du monde, dans le Pentateuque : son auteur, Moïse, indique en même temps aux prêtres les mesures à prendre pour en arrêter les progrès. On en a conclu que la lèpre avait puisé son origine chez les Hébreux, et à tort, car des fouilles pratiquées en Égypte démontrent que cette maladie ravageait la terre des Pharaons longtemps avant l'arrivée des Hébreux : des sculptures de la plus haute antiquité reproduisent les stigmates et les mutilations des lépreux ; de telle sorte que les premiers cas de lèpre se perdent dans la nuit des temps préhistoriques et l'on peut dire que l'Égypte en est le berceau. De là le mal se propagea dans tous les sens : les Phéniciens qui y avaient puisé le germe, le portèrent dans leurs expéditions jusqu'aux contrées les plus lointaines ; de leur côté les Juifs contaminèrent les peuples qui les avoisinaient et, de proche en proche, le fléau se propagea dans le monde entier. Il serait facile de le suivre pas à pas et d'en tracer l'histoire, mais je dois me borner à l'étude de ses ravages actuels. Pour atteindre ce but, après avoir envoyé un questionnaire dans toutes les régions du globe, j'ai visité la plupart des foyers lépreux en Norvège, en Islande, en France, en Asie, en Afrique, en Amérique et en Océanie. C'est le résultat de ces investigations qui fera la matière du chapitre suivant.

DEUXIÈME PARTIE

Ravages actuels de la lèpre

Europe.

Allemagne. — Les cas de lèpre y sont très rares : 2 à Breslau, 1 à Rostock, 1 à Hambourg ; mais un foyer s'était formé à Memel,

province de Kœnigsberg : 17 localités furent contaminées, et des 34 personnes atteintes 19 sont mortes ; l'on a pris les mesures nécessaires pour arrêter le progrès de cette épidémie.

Autriche-Hongrie. — C'est en Bosnie et en Herzégovine que se trouvent les principaux foyers. Le Dr Isidor Newmann en 1897 en avait constaté 133 cas. On en trouve quelques-uns en Hongrie, en Galicie, en Dalmatie, en Buckovine, au Monténégro et au Tyrol.

Bessarabie. — Nombreux cas.

Espagne. — On peut, d'après Gémy et Raymond, d'Alger, estimer à 200 le nombre des lépreux, dans la région comprise entre Valence et Alicante ; si c'est là le principal foyer, il y en a d'autres, et beaucoup de régions sont atteintes. Bien que considérés comme contagieux, ces malades ne vivent guère isolés, ils travaillent aux champs, gardent les troupeaux et trouvent encore à se marier. Lorsque leurs lésions sont trop avancées, on les évite, et c'est ainsi que s'est établie une espèce de petite léproserie à Olleria ; mais les municipalités ne s'en inquiètent point.

France. — Jusqu'au début du XVIIe siècle, la lèpre était encore très répandue en Bretagne, dans le Sud-Ouest et sur les bords de la Méditerranée ; elle diminua rapidement sans toutefois disparaître entièrement de la Bretagne où l'on trouve encore quelques cas disséminés, surtout à Brest, dans les environs et à Morlaix. On signale de temps en temps des cas d'importation à Bordeaux, à Marseille, à Toulon, dans les principaux ports de mer ; ainsi le Dr Boinet, en six ans, en a vu 3 cas à Marseille. En 1888, MM. Chantemesse et Moriez ont dévoilé 4 petites épidémies locales qui avaient fait une vingtaine de victimes sur la côte d'Azur : à Laghet, Tourette, Éze ; il en existe aussi à Seille, à la Trinité-Saint-Victor, à Contes, à la Turbie et des cas isolés à Nice et à Monte-Carlo.

Quant à Paris, d'après le Dr Besnier, on en compterait de 100 à 120, et d'après le Dr Janselme, de 160 à 200. Il y a donc actuellement en France environ 400 lépreux proprement dits sans compter les cas de lèpre dégénérée : maladie de Morvan, cagots des Pyrénées ;

ou d'autres affections que beaucoup de médecins affirment n'être autre chose que la lèpre: syringomiélie, sclérodactylie, etc.

Grande-Bretagne. — D'après le Dr S. Abraham, de Londres, de 1868 à 1898, il y avait eu 85 cas en Angleterre, 6 en Écosse et 5 en Irlande; ces malades ont été hospitalisés et soignés dans les hôpitaux ordinaires.

Grèce. — Il est difficile d'établir une statistique à cause de la dispersion des malades qui se cachent, pour échapper à la poursuite des habitants; d'après le Dr Nitaftsis, d'Athènes, en 1898, on en avait compté 119 en Grèce proprement dite, et 17 en Thessalie. Les lépreux de la classe riche vivent au milieu des villes ou des villages, tant que la maladie n'a point fait de trop grands progrès; les pauvres au contraire dans des cabanes ou des grottes, loin de toute habitation. Il y a une petite léproserie à quelque distance de la ville de Santorin, elle n'abrite que 13 malades. Un riche philanthrope, M. Mavrogordatos a créé une grande léproserie dans la vallée de Marathon, mais les habitants de la région se sont opposés à son ouverture. Dans l'île de Chio, une léproserie de même genre, au milieu d'une forêt de citronniers, a été établie par la communauté chrétienne; les malades s'entr'aident, et l'on voit là un grand exemple de charité.

Islande. — Environ 160, dispersés dans des fermes qui les acceptent, moyennant une petite rétribution; ils n'inspirent aucune crainte aux habitants. Grâce à l'initiative et au dévouement du Dr Ehlers de Copenhague, le gouvernement a construit une grande léproserie à Reikjavick.

Italie. — Environ 100 en Sicile et 200 dans la Ligurie; un quartier de l'hôpital San-Remo en renferme quelques cas; on constate une recrudescence de cette maladie dans la ville.

Norvège. — Depuis que le Dr Hansen obtint un décret imposant la séquestration des lépreux, l'épidémie qui ravageait ce pays est en train de disparaître. Trois léproseries furent établies à Bergen,

une à Trondjhem et à Molde; on en a supprimé deux à Bergen, et celle de Molde, jadis si bien entretenue et dirigée par le Dr Kaurin, est transformée en sanatorium de tuberculeux confiés aux soins de ce savant aussi dévoué que distingué. D'après le Dr Hansen, en 1895, il y avait encore 800 cas, aujourd'hui il n'y en aurait plus que 180 environ.

Portugal. — D'après le Dr Falcao, de Lisbonne, il y aurait 466 cas, mais de l'avis de plusieurs médecins, ce nombre pourrait être plus que doublé et porté à 1.000 environ; c'est le département le plus atteint, et celui de Braganga qui l'est le moins.

Roumanie. — D'après les recherches des Drs Kalindero et Pétrini, on en compterait 208 cas dont 124 à l'hôpital Brancovan, la maladie sévit autour des grands centres : Bukarest, Braïla, Rimmien, Valeca. Le gouvernement a fondé une léproserie à Rachitosa en Moldavie; il en établit une autre à Dobrugea; il a en outre, dans les hôpitaux ordinaires, affecté des salles spéciales à l'isolement des lépreux des régions voisines.

Russie. — Le Dr Pétersen en a trouvé, il y a trois ans, dans 28 provinces, environ 115 cas; d'après le Dr Grimfeld de Bostow-am-Don, on en comptait 50 chez les Cosaques du Don; le Prof Münch, en 1884, en signalait 313 dans les provinces d'Astrakan, de Daghestan, de Terek, de Tauride et de Chersonèse. D'après le Dr Dehio, il y en aurait 600 en Livonie, plus de 100 en Courlande et de 80 en Esthonie.

Suède. — Selon Hirsch, en 1879 il y en avait encore 86 cas; aujourd'hui on en trouve à peine quelques-uns.

Suisse. — Le Dr Jadassoh, de Berne, en a vu 2 cas d'importation.

Turquie. — Cas très nombreux dans les îles de l'archipel grec, environ 600 ou 700 en Crète; d'après von Düring, environ 600 lépreux ambulants à Constantinople. Les léproseries de l'archipel grec sont misérables.

Asie.

Birmanie. — Sur une population totale de 7.605.177 habitants le recensement officiel mentionne 6.464 lépreux. La léproserie de Saint-Jean de Mandalay fondée par le P. Wehinger, des Missions étrangères, abrite 580 malades que soignent, sous la direction d'un médecin, des sœurs Franciscaines missionnaires de Marie; elles ont fondé aussi une même œuvre à Rangoon. On trouve encore quelques autres léproseries mais très défectueuses, aussi le plus grand nombre de ces lépreux Birmans erre et mendie sur les chemins.

Boukharie ou Kasghar. — Quelques cas.

Ceylan. — Cas nombreux dans l'île; 150 à Colombo où le gouvernement anglais a établi une léproserie bien entretenue.

Chine. — Il y a énormément de lépreux en Chine, mais souvent ils se cachent et l'on ne peut en dresser une statistique exacte. La lèpre n'existe pas en Mandchourie, ni dans le nord de la Chine; on n'en trouve que quelques cas dans la partie sud-ouest du Tchély; ils sont soignés par les Filles de la Charité; il y en a peu dans le Sutchuen oriental, davantage dans l'occidental et le méridional; environ 2.000 dans le Kiang-Si oriental où les Filles de la Charité ont ouvert une léproserie à Yao-Tchéou-Fou. Dans le Kiang-Si méridional on affirme qu'il y en a 40.000 sur 10 millions d'habitants, et l'on n'y trouve aucune léproserie. Dans le Yun-Nan environ 12.000, sur 12 millions d'habitants; pas de léproserie. Très nombreux dans le Fokien et le Kouang-Tong, il y en a au moins 30.000 dont 2.500 à Canton; on y rencontre encore quelques anciennes et misérables léproseries auxquelles l'empereur du Céleste Empire donne annuellement et par tête une rente de 1 à 2 piastres. Les missionnaires catholiques ont créé une petite léproserie dans l'île de Waï-Tchan, près Pakhoï.

Chypre. — Léproserie de Nicosie : 52 cas.

Corée. — Dans la province de Tjra environ 2 sur 10.000 habitants; mais dans le Kyang-Sang, 7 à 8 p. 1.000, ce qui conduirait à un chiffre de 14.000; pas de léproserie.

Indes anglaises et États feudataires. — S'il est relativement facile de découvrir la lèpre chez les hommes, il en est autrement chez les femmes hindoues et musulmanes qui sont presque toujours séquestrées dans leurs appartements et qui échappent ainsi aux enquêtes; les statistiques obtenues sont incomplètes, mais l'on peut estimer que le chiffre des lépreux est environ de 130.000 sur une population de 400 millions d'habitants. Il y a des léproseries assez nombreuses tenues par des protestants, quelques-unes par des catholiques, entre autres à Madras, Bombay, Bhornwull, Belgaum, mais toutes sont des plus insuffisantes, c'est ainsi que dans le Penjab sur un chiffre de 6.271, 392 seulement sont hospitalisés.

Indes françaises. — En 1899, dans nos cinq établissements français sur 279.481 habitants il y avait 580 lépreux dont à Pondichéry 56 dans la léproserie de Samjacytopan et 96 en liberté.

Indo-Chine-Annam. — Dans la seule province de Tourane, environ 200 cas, et dans tout l'Annam un minimum de 2.000; pas de léproserie.

Cambodge. — Très nombreux cas, soit isolés, soit en foyers; dans certaines localités: résidences de Takeo, Kompons-Span, Kompons-Cham, etc., presque tous les habitants sont lépreux; parmi les chrétiens il y a environ 1 cas sur 300 habitants sans compter ceux des orphelinats et hôpitaux, où ils sont assez nombreux. Le protectorat du Cambodge va construire une léproserie qui sera administrée, aux frais du budget, par les médecins des colonies. Les sœurs de la Providence de Portieux en soignent 50 à Culas-Yen, d'autres à Phnom-Penh et dans plusieurs stations, quelques-uns sont reçus dans les hôpitaux, mais le grand nombre préfère la vie errante.

Cochinchine. — Sur une population de 2 millions d'habitants le chiffre des lépreux est de 3.527 dont 2.092 dans l'arrondissement de l'ouest, et 1.486 dans celui de l'est. Léproserie de 200 malades à Tinghé, près Saïgon; 6 autres tenues par les sœurs Saint-Paul de Chartres.

Tonkin. — Il est peu facile d'établir une statistique exacte des lépreux au Tonkin; il y en a beaucoup dans toutes les provinces et ces malades se cachent ou errent sur les chemins; la population totale est de 10 à 12 millions. Dans le Haut-Tonkin on compte environ 1 cas pour 1.000 et dans le Tonkin occidental 1 sur 1.500 à 2.000. Jadis le gouvernement annamite, désirant la séquestration des lépreux, leur assignait un endroit éloigné de toute habitation, et c'est ce que font aussi les villages pour ceux dont l'aspect est trop repoussant; on les chasse, on brûle leurs cases, et on les envoie loger dans une pauvre cabane au milieu des champs. Le gouvernement leur allouait un secours mensuel, mais tous ne l'obtenaient pas, car il fallait des protections ou de l'argent pour les recevoir, et d'autre part, ce secours était insuffisant : quelques centimes par jour. Ces villages lépreux, qualifiés à tort de léproseries, ont été maintenus par le protectorat français qui en a confié la surveillance, pour 2 provinces, aux missionnaires français, mais les secours donnés par le protectorat sont notoirement insuffisants: 0 fr. 05 par jour et par tête, alors qu'il faudrait un minimum de 0 fr. 15; c'est pourquoi ces infortunés lépreux sont obligés d'aller mendier sur les routes, aux abords des marchés, et ainsi le but que l'on se proposait n'est pas atteint.

Il y a 6 grands villages de lépreux dont Yen-Tap, Huong-Non, et Sontay dans le Haut-Tonkin; Hanoï, Nam-Dinh, et Phuc-Nhac dans le Tonkin occidental; aucun soin médical ne leur est fourni.

Japon. — Un membre du bureau de Santé au Japon publia, il y a quelques années, une statistique de 23.660 lépreux sur 40 millions d'habitants; il ajoute lui-même que ce chiffre est certainement inférieur au chiffre réel et qu'il faudrait le doubler pour dire la vérité. Le Dr Baelz, médecin le plus distingué et le plus apprécié de Tokio, me déclarait qu'il y a certainement de 30 à 50.000 lépreux au Japon. C'est la province de Higo qui en donne le plus. On ne croit pas à la contagiosité de cette maladie, aussi voit-on quelques lépreux accueillis et indistinctement placés au milieu des autres malades dans les hôpitaux de Tokio. La plupart de ces infortunés sont chassés de leur propre famille dont ils sont la honte; ils doivent

mendier sur la route, aux abords des temples et des cimetières. Le P. Corre, des Missions étrangères, a tenté depuis mai 1894, la création d'une léproserie dans la province de Nagasaki, à Kummamoto; on y a soigné, depuis cette époque, 245 malades, parmi lesquels un ancien procureur impérial, plusieurs nobles, un ancien bonze... réduits par la maladie à la plus terrible misère, 124 sont morts; mais les ressources nécessaires à la création d'une véritable léproserie font défaut. Depuis un an des sœurs Franciscaines missionnaires de Marie visitent, pansent, consolent et entretiennent ces malades de Kummamoto dans la mesure de leurs trop modestes ressources; il est grandement à désirer qu'un médecin vienne à leur aide pour éloigner des lépreux les nombreux galeux et syphilitiques que l'on y trouve et que ces religieuses Franciscaines puissent créer une véritable léproserie digne de leur absolu dévouement. Une léproserie a été fondée depuis une quinzaine d'années à Gotemba, dans la province de Tokio, par le P. Testevuide; aujourd'hui c'est le P. Bertrand qui la dirige et s'y dévoue de la façon la plus admirable; de toutes les léproseries que j'ai visitées, aucune ne m'a autant rempli d'admiration que celle de Gotemba; dans son héroïsme aussi humble que constant, le P. Bertrand panse lui-même les plaies, s'ingénie à appliquer les remèdes qu'on lui signale, et sème au milieu de ses 72 lépreux, devenus ses enfants, la paix et la joie qui se lisent sur tous les visages.

Kamtchatka. — Environ 50 cas. Pas de léproserie.

Macao. — Les lépreux que l'on y trouve viennent de la Chine et surtout de la province de Kouang-Tong; autrefois on les abritait dans une maison à côté de l'église Saint-Lazare; depuis quelques années le gouvernement de Macao s'est décidé à les cantonner sur deux îles isolées. Les hommes à D. Joan, au nombre de 26 dans des cases de bambou et de feuilles de palmier; les femmes à Coloane au nombre de 30 ont une maison en maçonnerie, assez spacieuse et le gouvernement leur envoie des vivres une fois par mois, mais ne leur procure aucun soin médical.

La Mecque. — Quelques cas, aucun soin.

Malacca-Straits-Settlements. — Il existe à Singapore un hôpital *Lepers asylum* où l'on reçoit les lépreux à titre provisoire; dès qu'ils sont en nombre suffisant, un bateau les transporte à Pulan-Jerjak, petite île en face de Pénang, là se trouve une assez grande léproserie, dont toutes les dépenses sont couvertes par le gouvernement anglais; on y compte 500 malades. Il y a aussi d'autres léproseries fondées par les Missions à Sérak, à Johore, à Sélangor.

Empire ottoman. — Les cas sont très nombreux dans les îles et en Asie Mineure; le Dr Zambaco-Pacha les a visités et ses impressions sont relatées dans un volume très intéressant. Le nombre des soi-disant léproseries est considérable; on en trouve 2 en Crète, 1 à Chio, à Rhodes, au Mont-Athos, à Castamouni, à Almorea, à Isparta... toutes laissant beaucoup à désirer. Le Dr Zambaco a publié un magnifique ouvrage sur les lépreux ambulants de Constantinople; quelques-uns seulement sont abrités à la léproserie de Scutari que dirige un imam musulman; elle est très propre et, lorsque je l'ai visitée, elle renfermait 5 lépreux, 12 lépreuses, 2 femmes saines et 8 enfants non lépreux. Voici la législation qui les régit :

a) Un lépreux a le droit de conserver avec lui à la léproserie sa femme, si elle est saine; elle doit vivre avec lui, et ne pas sortir;

b) Une lépreuse ne peut conserver avec elle à la léproserie son mari, s'il est sain; il y a divorce et la lépreuse peut se choisir un lépreux;

c) Dans le cas *a*) le lépreux a le droit de conserver avec lui ses enfants même sains à la léproserie;

d) Dans le cas *b*) les enfants sont admis à la léproserie, si le mari y consent;

e) Les enfants susnommés fréquentent les écoles de la ville.

f) La femme saine d'un lépreux, devenue veuve, ne peut rester à la léproserie que si tous les lépreux n'ont pas le nombre de femmes qu'ils désirent; on leur donne d'abord les lépreuses et ensuite des femmes saines au besoin.

A Damas il y a 2 léproseries, l'une chrétienne, et l'autre musulmane; dans la première il y avait 5 hommes, 5 femmes, et 1 prêtre maronite lépreux; presque tous viennent du Liban ou de l'Anti-Liban; dans la seconde 10 hommes et 5 femmes des environs d'Irbid, parfois il y en a jusqu'à 50, mais au printemps ils vont dans le Haouran mendier leur nourriture. A Damas aucun médecin ne les soigne, personne ne les visite, on ne les admet pas dans les hôpitaux, mais ils peuvent circuler en pleine ville; c'est dans cette léproserie que j'en ai vu un dans un état affreux: le misérable gisait dans un coin, couvert de quelques haillons sordides et rongé par les vers.

Palestine. — Il y a 2 léproseries à Jérusalem, l'une musulmane à Siloé, et l'autre, non loin de la gare, est tenue par des diaconesses allemandes; les malades entrent difficilement dans celle-ci, quoiqu'elle soit propre et qu'ils y reçoivent les soins désirables, parce que les sexes y sont séparés; ils préfèrent celle de Siloé : là, 2 bâtiments sans étages forment 13 petites chambres sombres et malsaines, qui abritaient 36 lépreux. Aucun médecin ne les soigne; les Filles de la Charité les visitent de temps en temps leur apportant du linge et des pansements, mais ils ne consentiraient point à se laisser traiter; ils préfèrent mendier sur la route du Calvaire et implorer la pitié des pèlerins, c'est pour eux une sorte d'industrie; il leur est interdit d'entrer dans la ville et la municipalité donne à chacun deux petits pains. Le peuple croit la maladie très contagieuse, aussi chasse-t-il à coups de pierres et à coups de bâton ceux qui en sont atteints; on les place d'office dans la léproserie; désormais ils sont morts civilement, leur mariage dissous et leurs biens passent en héritage à leurs proches parents. Les lépreux de Siloé vivent en famille, se choisissent parmi eux un chef à vie qui partage entre eux les aumônes recueillies, traite les affaires de la communauté, règle les différends et préside aux mariages, car presque tous se marient et quelques-uns ont plusieurs femmes; il faut ajouter qu'ils se portent entre eux secours tout fraternellement.

Perse. — La lèpre y a pris une grande extension dans toutes les provinces; il m'a été impossible d'en établir une statistique.

Siam. — Même situation qu'au Cambodge.

Sibérie. — On trouve la lèpre chez les Samoyèdes, les Ostiaks et en particulier dans le gouvernement de Tobolsk, de Tomsk et de Yakoust; il y en a environ 600 dans un état de misère et d'abandon des plus affreux. On a créé une léproserie à Taschkent dans la province de Yakoust.

Afrique.

Abyssinie. — Lépreux en grand nombre; ne reçoivent aucun soin; impossible d'en établir une statistique.

Iles Açores. — Environ 300 cas.

Algérie. — D'après MM. Gémy et Raynaud, 40 cas à Alger et un foyer dans les vallées de l'Atlas et de Biskra, dont les lépreux forment plusieurs villages.

Bagamoyo ou Est-Africain allemand. — Peu d'indigènes atteints; les lépreux étrangers sont isolés dans un lazaret tenu par des religieuses; il se compose de plusieurs maisons de 7 mètres de long sur 4 m. 50 de large; chacune renferme 2 malades; ils y sont assez bien nourris, et tenus assez proprement.

Iles Canaries. — Sur 287.728 habitants, environ 600 cas.

Le Cap et dépendances. — La maladie existe dans cette colonie depuis 150 ans, elle augmente, il y a environ 850 cas. On a installé 2 léproseries dans une île, près de Cap-Town, à Robben-Island; les malades y sont très bien soignés: 350 hommes et 250 femmes; le gouvernement solde les dépenses.

Au *Criqueland* et dans le *Transkeï* environ 600 cas; au *Basutoland* 250, et au *Bechuanaland* 12.

Congo français. — La lèpre y est peu répandue; ceux qui en sont atteints sont exclus de la société, ils n'ont aucun refuge et vivent comme ils peuvent dans le voisinage des villages.

Côte d'Or. — Elle existe aussi bien dans les villes que dans les bourgades, sur les côtes et à l'intérieur; elle semble augmenter à Cape-Coast; sur 25.000 habitants, il y a de 250 à 300 cas.

Si la maladie est peu accusée, ces malades vivent au milieu de leur famille, mais si les ravages s'accentuent on leur bâtit une petite hutte à l'entrée du village, isolée des autres habitations; ces cases sont très petites et des plus primitives. Le gouvernement anglais a établi de nombreux hôpitaux et dispensaires, où les malades, quels qu'ils soient, sont soignés gratuitement. Depuis quelques années les religieuses ont ouvert un dispensaire à Cape-Coast et plus récemment un autre à Elmina, où 17 cas sont traités; elles vont en outre soigner à domicile ceux dont l'état est grave.

Dahomey. — Cas assez nombreux: 5 p. 100 à Agoué; un peu moins à Ouidah, à Dahomey; davantage à Calavi; quant à l'intérieur il est peu connu.

Darfour. — Cas assez nombreux.

Égypte. — A Alexandrie, le Dr Legrand en a vu 3 cas.

Au Caire beaucoup de lépreux circulaient jadis, lorsque il y a environ 39 ans, Saïd-Pacha les relégua dans une oasis où ils moururent. D'après Milton, il y aurait environ 2.000 cas; d'après le Dr Engel-Bey, environ 300; la plus grande fréquence se constate dans la région d'Assiout; on n'ose pas l'avouer dans la crainte d'éloigner les étrangers touristes; aucune léproserie.

Gabon. — Nombreux cas, surtout le long des côtes.

Guinée. — Cas nombreux, spécialement sur les côtes.

Madagascar. Province des Betsiléos. — La maladie y existe de temps immémorial et dans d'énormes proportions: 1 sur 200, ce qui donne un total de 7.000; ils sont dans un état de profonde misère, demandant l'aumône sur les chemins, se réfugiant dans des taudis infects, loin des villages, et couverts de haillons; ils finissent par périr de froid ou de faim. Les lépreux de familles riches

ou aisées sont ordinairement secourus par leurs parents. En 1891 les Jésuites y ont établi la léproserie de Saint-Laurent de-Marana; il y a environ 50 malades dans une habitation convenable, composée d'une douzaine de chambrées; ils sont vêtus, nourris, et soignés par la Mission. A part 2 malades, tous sont capables de travailler dans les champs; ils cultivent des patates, du manioc, des citrouilles.., ils plantent des arbres dans le vaste terrain mis à leur disposition; depuis six ans, malgré les mutilations de leurs pieds et de leurs mains, ils ont défriché et boisé 15 hectares de terre. La Mission leur donne en outre un salaire proportionné à leurs travaux : avec leurs petites économies, ils achètent quelques vêtements de luxe, de la volaille, etc. Quand on les visite, on est ravi en voyant cette petite colonie aussi joyeuse que si elle était privilégiée sous tous les rapports.

Dans la province *d'Imérina*, sur 600.000 habitants, on compte environ 6.000 lépreux; les Jésuites ont créé là une léproserie dans le genre de celle de Saint-Laurent-de-Marana, mais plus considérable; elle abrite 130 malades.

Dans les autres provinces, la proportion des lépreux est un peu moins forte.

Madère. — Durant un séjour de vingt-six ans le Dr Goldschmidt y a étudié très sérieusement cette maladie et l'on y trouve encore l'ancienne léproserie de Funchal. On compte environ 72 cas venant surtout de Ponta-do-Sol et des régions situées à l'ouest de la capitale. La maladie diminue progressivement.

Maroc. — Cas très nombreux chez les Espagnols, chez les indigènes et chez les musulmans; on a dû y établir des léproseries dans lesquelles la séquestration est rigoureusement appliquée.

Ile Maurice. — Sur 378.000 habitants, 12 à 1.500 cas; la maladie s'étend davantage. Au bord de la mer, dans un endroit chaud et très malsain une léproserie tenue par la Mission et subventionnée par le gouvernement abrite 220 lépreux.

Mozambique. — Quelques cas seulement.

Natal. — Environ 230 cas.

Nossi-Bé et Mayotte. — Sur une population de 8.000 on compte 57 lépreux; dès que la maladie se déclare, la police qui veille envoie le patient dans l'île de Sakatia, à quelques kilomètres nord-ouest de Nossi-Bé; on l'aide parfois à se construire une petite case en feuilles, puis on l'y laisse; comme personnel il n'y a qu'un gardien se bornant à surveiller les malades. L'administration leur fournit un peu de riz, et les plus valides servent les autres.

Nubie. — Cas nombreux; impossible d'en dresser la statistique.

Orange. — Environ 200 cas; léproserie près de Blœmfontein.

Réunion. — Un peu moins nombreux qu'à Maurice; on y a créé une léproserie à Saint-Bernard sous la direction du Dr Flament: 70 à 100 malades.

Rodriguez. — 26 cas sur 1.400 habitants.

Sainte-Hélène. — Quelques cas.

Sénégal et Sénégambie. — Les lépreux n'y sont point bannis de la société et n'accepteraient point la séquestration; les noirs se soignent entre eux; impossible d'en établir le chiffre.

Seychelles. — Environ 30 cas.

Sierra-Leone. — Nombreux cas, surtout le long des côtes.

Transvaal. — Pas nombreux; près de Prétoria, gros village cafre qui en compte un grand nombre, mais ils vivent séparés à 2 kilomètres du village. Non loin de Prétoria il y a aussi un hospice établi par le gouvernement pour les lépreux et réservé pour les blancs, au nombre de 105.

Tripoli. — Cas peu fréquents.

Tunis. — Cas très rares.

West-Africa-Togoland. — Quelques cas; léproserie à Hemel de 60 lits, dont quelques-uns occupés.

Zambèze. — Cas très rares : 7 environ.

Zanzibar. — Quelques cas seulement.

Zoulouland. — Assez nombreux; impossible d'en établir la statistique.

Amérique du Nord.

Alaska et Aléoutiennes. — Quelques cas.

Canada. — Dans la province d'Edmonton, un seul cas chez une femme, et dans la province Saint-Albert un autre chez un garçon de 14 ans; mais la lèpre existe dans le comté de Gloucester, partie nord-est du New-Brunswick et sur les bords du Saint-Laurent; elle y est connue depuis 1815. Sur une population de 25.000 habitants du comté de Gloucester, il y a 15 lépreux et 6 lépreuses; ils sont isolés et soignés à l'hôpital de Tracadie, hôpital bien tenu et dont le gouvernement solde les frais.

États-Unis. — La maladie y existe, mais il est fort difficile d'en dresser une statistique exacte; d'après N. Hyde, il y aurait 500 cas; d'après Kingoum, seulement 300 et certains prétendent que la Louisiane en fournirait 500 dont 50 à la Nouvelle-Orléans.

Dans le but d'arrêter ce fléau le gouvernement de Washington a voté une loi qui prescrit le plus strict isolement des lépreux et menace des peines les plus sévères toute personne qui leur donnerait asile; c'est ainsi qu'à Sandy-Hook, à l'entrée du chenal de New-York, où on en a relégué quelques-uns sur un îlot désert, ils y sont absolument abandonnés et chaque semaine, un petit bateau va leur porter quelques vivres pour les empêcher de mourir de faim; on m'a menacé d'une quarantaine dans le cas où j'irais les visiter!

A San-Francisco, on les séquestre au *Pest house*, sorte de prison éloignée de la ville, dans un endroit malsain; un gardien remplit les fonctions de surveillant, jamais le médecin n'y pénètre; je fus, m'assure-t-on, le premier à les visiter; les notions les plus élémentaires de l'hygiène et de la propreté n'y sont point connues et le malheureux que l'on y transporte n'a plus, semble-t-il, qu'à y mourir le plus tôt possible. J'y ai trouvé un vieillard paralytique n'offrant aucun symptôme de la lèpre et, comme je demandais au surveillant pour quel motif on l'avait sequestré au Pest house, il me répondit que cet homme n'avait plus qu'à mourir!

A la Nouvelle-Orléans, la municipalité a créé une léproserie «*Lepers home, Herville Parish*» où elle a placé 35 malades.
Un peu plus loin à Bazon-Lafourche il existe une véritable colonie de lépreux; pour éviter la séquestration dans un lazaret, ils vivent chez eux, ont des écoles, des magasins, et c'est un prêtre italien, devenu lépreux lui-même, qui évangélise et console cette population.

Groënland. — Quelques cas; pas de statistique possible.

Mexique. — Assez nombreux sur les hauts plateaux du Mexique.

Républiques de l'Amérique centrale. Antilles. — Toutes les Antilles grandes et petites sont infestées; un petit quartier de l'hôpital de la Havane est affecté aux lépreux; il y en a 16; les autres nombreux sont disséminés et dépourvus de tout secours; à *Curaçao* on les isole avec rigueur; à la *Désirade*, il y en a beaucoup et la léproserie en hospitalise une centaine; il en est de même à la *Jamaïque*, à la *Guadeloupe*. A la *Trinidad*, sur une population de 254.000 habitants, on en compte environ 500. En 1845, une léproserie a été établie à Cocorite par le gouvernement anglais qui en supporte toutes les charges et depuis 1868 le personnel infirmier se recrute chez des religieuses Dominicaines; le gouvernement pourvoit largement aux besoins de 280 lépreux qui y sont traités.

Amérique du Sud

Bolivie. — Quelques rares foyers.

Brésil. — La maladie existe dans les 20 provinces du Brésil et s'y répand de plus en plus dans toutes les classes de la société; il m'a été impossible d'en dresser une statistique.

On a établi des léproseries à Rio, Bahia, Pernambuco, Corte, Minas-Géraës.... celles de Bahia et de Pernambuco, adjointes à l'asile de mendicité, laissent beaucoup à désirer: un simple hangar muré, peu d'espace, peu d'ombre, une véritable étuve.

A Rio-de-Janeiro, la léproserie fait honneur à l'*Irmandade*, société d'hommes charitables qui en supporte les frais; chaque malade a sa chambre, c'est très propre et l'on y soigne environ 50 lépreux.

Colombie. — C'est la région du monde la plus affreusement ravagée par la lèpre: sur une population de 4 millions d'habitants on en compte au moins 20.000 cas; certains affirment qu'il y en a 30.000. Elle sévit surtout dans les provinces de Santander, de Boyaca, d'Antiquio, de Cundinamarca, de Tolima, de Cauca et de Surinam. Toutes les classes de la société payent leur tribut à la maladie; on la trouve beaucoup dans les familles riches. On a créé un grand nombre de petites léproseries des plus misérables et trois grandes, dans lesquelles sont entassés les lépreux et des personnes saines: ainsi dans la principale, il y a 1.100 malades et 2.000 personnes saines; dans une autre 800 des premiers et 1.500 des secondes; dans une troisième 55 lépreux et 50 autres habitants; le personnel qui les assiste se compose surtout des membres de la famille.

Il en est autrement de la léproserie Agua-de-Dios, où il y a une centaine de malades des plus souffrants, elle est dirigée par les Salésiens de Don Bosco et des sœurs de Charité soignent les patients grâce aux secours du gouvernement et de la charité publique, on donne à chacun le strict nécessaire, mais la plupart des lépreux ne sont point hospitalisés; s'ils appartiennent à la classe riche, ils trouvent des secours dans leur famille; s'ils sont pauvres, ils n'ont d'autres ressources que de mendier au milieu des villages, à la porte des églises. Récemment le gouvernement s'est ému de l'énorme proportion que prend la lèpre dans ce pays, aussi, favorise-t-il les projets du P. Rabagliati, Salésien de Don Bosco, en vue

de créer dans les Cordillères et ailleurs de vastes léproseries pouvant recueillir ces infortunées victimes, et le concours du Dr Hansen, de Bergen a été sollicité pour en dresser les plans et en réaliser l'exécution.

Costa-Rica. — Environ 100 cas.

Équateur. — Maladie assez commune; on a établi 2 léproseries à Quito et à Cuenza; dans la première il y a 77 malades, dans la seconde 65.

Nouvelle-Grenade. — Cas assez nombreux.

Guyane anglaise. — Cas disséminés dans toute la province; de 850 à 900 environ sur 28.000 habitants; le gouvernement y a établi des léproseries à ses frais; ce sont des bâtiments assez spacieux abritant 300 lépreux et 100 lépreuses.

Guyane française. — Dans une région sur 24.000 habitants 250 cas; à Saint-Laurent-du-Maroni, 2.304 habitants, 400 lépreux dont 26 sont internés dans un îlot du fleuve Maroni et soignés par des co-détenus. La léproserie des îles du Salut a été transférée en 1833 à l'Acarouany, à quelque distance de Mana; elle ne renferme que 13 malades, car les autres redoutent la séquestration dans ces maisons trop mal aménagées et c'est ainsi qu'un décret promulgué déjà depuis plusieurs années n'est point appliqué; en vertu de ce décret, les lépreux riches peuvent se faire soigner chez eux, mais à la condition de s'isoler de 1 kilomètre des bourgs, et à 2 kilomètres des villes; les lépreux qui en feraient la demande seront admis à l'Acarouany, quant aux lépreux indigents ils y seront placés d'office. Il faut reconnaître que si ce décret est excellent, le gouvernement n'a point établi les locaux qu'il suppose et exige.

Guyane hollandaise. — Cas moins nombreux que dans les deux autres Guyanes; ils sont isolés et soignés dans des léproseries tenues par des religieuses hollandaises de Tilbourg.

Pérou. — Il y a six ans un cas se produisit chez un émigrant espagnol ; deux ans plus tard le même fait se produisit à Santiago, on isola ces malades et l'on affirme que c'est tout ; cependant de l'avis de plusieurs médecins on en trouverait un assez grand nombre de cas.

Uruguay. — Plusieurs foyers lépreux, environ 30 cas.

Venezuela. — Beaucoup de foyers lépreux ; on a créé un certain nombre de léproseries dont les deux principales sont celles de Maracaïbo 125 lépreux, et de Caracas 104 ; l'installation est assez bonne.

Océanie.

Australie. — D'après le rapport officiel de la Nouvelle-Galles du Sud et le Dr Thompson, il y aurait eu, de 1855 à 1894, environ 78 lépreux ; la majorité se compose de Chinois qui auraient importé la maladie.

Dans la province de Victoria 45 cas, dans le Queensland 48 ; on en compterait 19 dans le nord, et 2 dans l'ouest ; le gouvernement veille à en empêcher la propagation ; l'asile de Little-Bay, près de Sydney, abrite 40 malades.

Célèbes. — Actuellement environ 25 cas ; autrefois il y avait une léproserie à Menado, la capitale ; on l'a supprimée sous prétexte que cette maladie n'est pas contagieuse.

Fidji. — Cas nombreux ; statistique très incomplète.

Hawaï ou Sandwich. — La lèpre y a été officiellement reconnue en 1840 ; on prétend qu'elle a été importée par des Chinois? quoi qu'il en soit, elle y a pris en peu de temps une grande extension et le gouvernement hawaïen en sequestre les victimes dans l'île Molokaï. En 1866, il y en avait 105 ; au 1er janvier 1896 on y avait compté 5.092 entrées dont 3.198 hommes et 1.894 femmes, sur ces 5.092, 3.806 étaient morts. Depuis 1894, on transporte

annuellement à Molokaï une moyenne de 100 à 150 malades; en novembre 1899, lorsque je les visitais il y en avait 1.100. La maladie sévit tout particulièrement chez les Canaques, car sur le total de 5.092, on comptait 4.975 Canaques, 57 Chinois, 42 blancs, 17 habitants des îles de l'Océanie, et un Japonais. Les rapports officiels affirment que la lèpre commence à décroître, mais en réalité le chiffre des entrées à Molokaï est à peu près le même, alors même que la population canaque diminue considérablement. car de 58.765 qu'ils étaient en 1866, il n'en reste plus aujourd'hui que 35.000; il faut en conclure que les ravages de la maladie sont pour le moins aussi considérables qu'autrefois. Nous venons de produire les statistiques officielles, mais il faut ajouter qu'il y a encore dans l'archipel hawaïen de nombreux cas que l'on cache : d'après des témoignages que j'ai puisés à bonnes sources et sur place il y en aurait autant qu'à Molokaï, environ 1.000 à 1.100, mais le gouvernement hawaïen ne permet point de le dire hautement, dans la crainte d'éloigner les étrangers et les touristes. Toute personne soupçonnée lépreuse est placée d'office dans un poste d'observation à Kilighi à quelques milles d'Honolulu; lorsque la commission des médecins a confirmé le diagnostic, le transfert devient obligatoire et se réalise sans appel, comme sans espoir de retour ; débarqués à Molokaï ces lépreux songent à se bâtir une petite maison, s'ils ont les ressources suffisantes, ou sollicitent l'hospitalité chez leurs compagnons d'infortune; le gouvernement se borne à leur céder le terrain ; il leur donne du poï, du riz, de l'huile, de la viande deux fois par semaine et des vêtements. Au point de vue médical on ne s'occupe pas de la lèpre; il y a un médecin en résidence à Kalawao, mais son rôle et ses fonctions se bornent à traiter les maladies accidentelles. Cette grande agglomération de lépreux sur une plage, séparée du reste de l'île Molokaï par une montagne taillée à pic, sorte de muraille infranchissable, forme deux villages Kalawao et Kalaaupapa; à Kallawao, illustré par l'héroïque dévouement du P. Damien, on trouve 400 malades; des pavillons relativement confortables abritent quelques enfants et les lépreux les plus impotents, au nombre de 130 environ ; là un ancien officier américain, un Belge et 5 frères religieux de Picpus continuent l'œuvre du P. Damien. Dans le second village Kalaopapa, à une

distance de 3 kilomètres du premier, on compte 700 lépreux ; un riche banquier d'Honolulu, M. Bishop, a établi une série de pavillons pour y recueillir les jeunes filles et des femmes au nombre de 130 environ, que soignent parfaitement 5 religieuses Franciscaines, et que visite, console le courageux et dévoué P. Wendelin.

En dehors de ces 2 œuvres de bienfaisance, dont bénéficient 250 malades, il n'y a ni dispensaire, ni linge, ni pansements, pour les autres lépreux au nombre de 850 ; les ressources du P. Wendelin sont trop modestes pour en faire les frais ; aussi ces infortunés ont-ils constitué le « syndicat des chevaliers » qu'ils ont inauguré en ma présence, et cela en vue de s'entr'aider, d'assurer des soins à ceux que la lèpre mutile, et de pourvoir aux frais d'un enterrement solennel avec le concours de la musique du syndicat. Une fois entrés ils savent qu'ils n'en sortiront jamais, aussi en prennent-ils leur parti ; ils ne songent plus qu'à rire, chanter et s'amuser, ils finissent même par être contents de leur sort, car le nécessaire leur est assuré.

Quant aux blancs, au nombre de 14, en novembre 1899, ce régime leur est très pénible. J'ai trouvé à Molokaï plusieurs personnes que jadis l'on avait crues lépreuses et qui, depuis plusieurs années déjà, n'offrent aucun des symptômes de la maladie !

Le gouvernement dépense chaque année une somme considérable pour l'entretien de ces 2 villages de Molokaï ; tout lépreux lui coûte environ 450 francs, ce qui impose un budget annuel de 500.000 francs ! Si l'on admire cette grande générosité, l'on ne peut s'empêcher de regretter la forme sous laquelle on l'applique et l'insuffisance des résultats obtenus.

Au dépôt d'observation de Kilighi des religieuses Franciscaines reçoivent les enfants nés à Molokaï ; elles les conservent jusqu'à l'âge de 18 ans, et si à ce moment la lèpre ne s'est point déclarée, on leur rend la liberté. Cette œuvre est très belle, mais incomplète car elle ne s'occupe que des filles ; les garçons doivent continuer à vivre et à grandir au milieu des lépreux de Molokaï.

Java. — Cas disséminés et peu fréquents ; rares chez les Européens. Le gouvernement considère le lépreux comme incurable et à ce titre ne l'admet pas dans les hôpitaux ordinaires ; d'autre part il ne croit pas à la contagion et laisse à ces malades toute liberté de circuler.

Il y a une léproserie à Chalfcast et à Surabaja ; l'une pour les Européens, et l'autre pour les indigènes et les Chinois, 70 cas hospitalisés ; les autres sont disséminés dans l'île.

Marquises. — Lèpre assez répandue ; impossible d'en dresser une statistique.

Marschall. — Très fréquente ; environ 6 p. 100 ; aucune léproserie.

Nouvelle-Calédonie. — Environ 1.200 dont 50 Européens ; parmi ceux-ci, l'on trouve surtout des forçats libérés qui, malgré la défense qui leur en est faite, s'arrêtent au milieu des tribus canaques. L'Administration pénitentiaire les recueille de suite et les place dans ses léproseries de l'île Nou et des Bélep, où ils sont soignés et nourris à ses frais. En 1896, le conseil général, par un vote presque unanime, supprima la léproserie centrale des îles Bélep, elle coûtait 80.000 francs par an à la colonie et ne répondait pas à ce que l'on attendait de tels sacrifices.

De plus les chefs indigènes, mécontents de l'éloignement dans lequel on tenait leurs malades, avaient à maintes reprises prié le gouverneur de les leur rendre, s'engageant à veiller sur eux, à les installer à proximité des tribus, dans des sites agréables et sur des terrains qu'ils pourraient cultiver. Les malades furent alors rendus aux tribus ; des léproseries s'établirent dans les environs de chaque centre un peu important et les chefs de district assumèrent la responsabilité de leur entretien. Presque tous les mois, le chef de la brigade de gendarmerie se rend accompagné des chefs à la léproserie de sa circonscription.

On compte, pour la Calédonie et les îles Loyalty, 24 léproseries partielles. Chaque semaine ces chefs y portent des vivres. Tous les six mois, le 1er janvier et le 1er juillet, une visite sanitaire des indigènes a lieu dans toute l'étendue de la colonie ; au chef-lieu les docteurs désignés à cet effet procèdent à un examen attentif et dès qu'un indigène est reconnu atteint de lèpre, l'Administration brise l'engagement de travail qui avait été contracté et le dirige sur la léproserie de son district. — Même manière de procéder dans la

brousse. Il serait faux de croire que les indigènes lépreux se cantonnent rigoureusement dans ces léproseries; parfois, malgré la surveillance qu'exerce l'Administration, ils se sauvent dans leurs familles pour y passer quelques jours, mais presque toujours ils retournent dans leurs léproseries. Les renseignements qui précèdent nous ont été gracieusement fournis par M. de Sainte-Marie.

Nouvelle-Guinée anglaise. — Cas peu nombreux, ne sont pas isolés; on ne redoute pas la contagion : 4 cas dans la vallée de Saint-Joseph, 2 à Pempulia, 1 à Mahu, 1 à Iwawabui.

Nouvelles-Hébrides. — La lèpre y est assez commune.

Nouvelle-Zélande. — Peu fréquente à Waigami-River : sur 13.000 habitants 23 cas ; on ne les isole que rarement.

Philippines. — D'après le Dr Marsch, il y en aurait beaucoup, surtout dans les îles Bisayas ; ainsi on en compterait 1.000 à Bochol, 1.710 à Cébu, 2.000 à Panay et 1.500 à Negros-Leyte, ce qui donne un total de 6.200 sur 2 millions d'habitants. Il n'y a pas de léproseries organisées; la plupart de ces malades se cachent et l'on semble ne pas vouloir ouvrir les yeux sur ce danger.

Samoa. — Même situation qu'aux îles Fidji.

Iles de la Sonde. — Environ 4.000 cas d'après Broes van Dort.

Sumatra. — Assez commune ; le gouvernement a établi des léproseries. En 1890 l'association des planteurs de tabac en a créé d'autres; elle force ses coolies à s'y rendre lorsqu'ils sont lépreux; de riches Chinois y ont aussi fondé des asiles pour séjour volontaire.

Tahiti. — Dans le groupe nord des îles Noukahiva, Uapu et Uhahuca il y en a peu ; c'est le contraire dans le groupe sud-est, à Hivaoa, Tahaovata et Fatiava, où elle a beaucoup augmenté. Le gouvernement, il y a quelques années, établit une léproserie centrale à Puamau (île Hivaoa) à la demande d'un médecin qui

essaya divers modes de traitement; ce médecin disparut un beau jour et les lépreux se dispersèrent. Actuellement ces malades sont plus ou moins isolés dans leurs vallées respectives, mal nourris et n'occupant que des huttes ouvertes tous les vents, en proie à la misère noire.

Togoland. — Ce royaume se compose de 25 îles habitées ; sur une population totale de 6.000 individus, il n'y a que 35 à 40 lépreux complètement abandonnés, personne ne s'occupe d'eux, pas même leurs parents. En vertu d'une loi ces malades doivent rester dans la brousse à 1 kilomètre des villages, mais cette loi n'est pas observée.

TROISIÈME PARTIE

Des divers modes d'assistance publique et de bienfaisance privée a employer aujourd'hui

Les renseignements contenus dans le chapitre précédent nous permettent de classer, ainsi qu'il suit, l'ensemble des conditions faites actuellement aux lépreux.

1° *Promiscuité complète.* — Dans certains pays ces malades jouissent de la plus entière liberté; les miséreux vont mendier sur les routes, dans les villes, aux abords des marchés, des temples, des pagodes ; les autres font du commerce, exercent toute espèce de métiers, et n'inspirent que de la pitié ; on ne croit pas à la contagion et les personnes saines ne redoutent point la présence de ces malheureux ; ainsi en est-il pour de nombreuses provinces de l'Hindoustan, pour le Cambodge, le Japon, etc.

2° *Assimilation aux autres maladies.* — Soit que l'on accepte ou que l'on repousse la possibilité de la contamination, ces malades sont indistinctement admis dans les services hospitaliers ordinaires,

parce que l'on ne dispose point de quartiers d'isolement; cela se voit souvent même en Europe.

3° *L'isolement facultatif et volontaire.* — Ce mode a fonctionné en Norvège jusqu'en 1885; on le pratique en de nombreux pays, à Singapore, aux Indes, au Japon, à la Guyane française... Les lépreux riches s'isolent dans leurs appartements ou peuvent solliciter leur entrée dans une léproserie; quant aux pauvres ils habitent de petites cases à distance des villes et des villages, vivent d'aumônes ou frappent à la porte des léproseries; mais en aucun cas l'Administration ne leur impose l'isolement.

4° *Isolement obligatoire.* — Il est la conséquence de la terreur qu'inspire la lèpre ou des règlements administratifs; dans le premier cas, ces pauvres misérables, traqués et poursuivis par la population, n'ont d'autre ressource que de se cacher, de vivre en parias, en attendant la mort. Dans le second cas, ils sont placés d'office dans les léproseries ou astreints à se réfugier dans un village uniquement composé de lépreux. Depuis 1885, à la demande du Dr Hansen, le gouvernement norvégien a promulgué une loi, donnant aux commissions sanitaires et aux autorités communales le droit de contraindre les lépreux à s'isoler à domicile ou de les placer dans des léproseries. Cette législation s'est établie en beaucoup d'autres pays, mais tantôt on l'applique rigoureusement, tantôt elle se réduit à des placements volontaires. Quant aux villages lépreux, on les trouve dans la Louisiane, dans l'Amérique du Sud, en Algérie, au Tonkin.

5° *Séquestration rigoureuse.* — Toute personne, soupçonnée lépreuse, doit être dénoncée à la police qui s'en empare, la soumet à l'examen des médecins chargés de ce service, et si le rapport de ces médecins est affirmatif, le gouvernement ordonne la séquestration, déporte ces malades tantôt sur une île absolument isolée, comme près de New-York, à Macao, à Molakaï, tantôt dans une misérable léproserie, comme à Curaçao, ou même dans une sorte de prison comme le *peste-house* de San-Francisco; ainsi que le disait à l'Académie de médecine Le Roy de Méricourt « cette séquestration équivaut à une condamnation à mort; on entre paria de la société, on n'en sort que mort. »

6° *Mise hors la loi.* — Non seulement le pauvre lépreux a perdu ses droits civils; non seulement il n'y a plus pour lui de famille, non seulement sa succession a été ouverte et ses héritiers se sont partagé son patrimoine, mais on lui refuse la liberté de vivre, on le chasse à coups de pierres et de bâton comme en Orient; on le repousse dans la forêt comme au Turkestan, en Sibérie, en Extrême-Orient; on le met sur une barque avec défense d'aborder nulle part comme en Chine, on l'enterre tout vivant comme au Tonkin et dans le Céleste Empire..... De tels procédés barbares ont conduit les lépreux à se syndiquer pour la défense de leur vie au Cambodge, au Kiang-Si, au Kouang-Tong....

En janvier 1900, je me disposais à inspecter un village de lépreux, un peu au-dessus de Canton, lorsque des missionnaires français me déclarèrent que, si j'y allais, je n'en sortirais pas en vie; ces lépreux savent par expérience que leurs compatriotes enterrent tout vivants ceux dont ils sont parvenus à s'emparer et, pour éviter ces tortures, ils se mettent en état de légitime défense et tuent les téméraires qui tenteraient de les visiter. Comme ce renseignement était puisé à bonne source, et qu'il me fut confirmé par d'autres personnes, je dus renoncer à mon projet, afin de rapporter en France ma tête sur les épaules.

Principes généraux

La lèpre ne mérite ni cette indifférence, ni ces extrêmes rigueurs; l'on ne doit plus désormais lui octroyer la place qu'elle avait conquise dans la littérature ou les romans. Elle est restée dans les traditions populaires comme le symbole de toutes les horreurs et de toutes les souffrances; elle évoque dans l'esprit le tableau hideux d'un être misérable, dont le cadavre n'attend point la tombe, pour se putréfier et tomber en décomposition. L'on comprend alors l'effroi que causait la perspective d'une contagion que l'on croyait quasi fatale. Il appartenait à la science de projeter ses vives lumières sur ce terrain aussi inconnu que mystérieux; c'est chose faite depuis les travaux et les découvertes de ces nombreux savants qui se sont engagés dans la voie ouverte par l'illustre Pasteur.

La lèpre est une maladie bacillaire à l'instar de la tuberculose ; il est vrai que celle-ci qui fauche chaque année tant d'existences sur tous les points du globe n'inspire que de la pitié ; mais en face de ces terribles ravages peu s'en faut que cette pitié ne se transforme en une crainte salutaire. Quant à la lèpre il appartient à la science de protester de toute son énergie contre le manteau d'horreur dont on enveloppe ses infortunées victimes et contre la cruauté avec laquelle on les traite, non seulement en Chine mais en plein pays civilisé.

Le Dr Hansen, de Bergen, et le Dr Neisser, de Breslau, ont découvert le bacille de la lèpre ; on en a conclu immédiatement que cette maladie doit être contagieuse. Cette conclusion ne sera scientifiquement établie que le jour où l'on sera parvenu à inoculer ce bacille, et jusqu'alors les tentatives ont échoué ; il nous faut auparavant mieux connaître l'histoire, la morphologie, les évolutions de ce bacille, ses milieux nutritifs, la nature de ses toxines : il nous faut auparavant mieux connaître cet état biochimique qui constitue la « réceptivité » ; il nous faut auparavant découvrir la porte d'entrée, ouverte par celui qui est en état de réceptivité ; seulement alors on parlera de la contagion de la lèpre en connaissance de cause ; mais vous n'attendez point ici une discussion purement scientifique, je me bornerai donc à dire qu'aujourd'hui la grande majorité des léprologistes admet et proclame que cette maladie est contagieuse et je me range pleinement à leur avis, et des cas formels de contamination ne permettent point d'en douter. Cette contagion est tantôt très marquée, tantôt faible et souvent nulle ; les motifs de ces variations nous échappent. L'on constate que la lèpre tuberculeuse se propage, lorsqu'elle est dans la période d'ulcération et que les personnes saines ont des plaies ou des érosions, alors qu'elles pansent les plaies ou lavent les linges souillés et non désinfectés des lépreux. On constate au contraire l'innocuité presque complète de la lèpre trophoneurotique ou nerveuse anesthésique. On peut affirmer enfin que la lèpre est en général beaucoup moins contagieuse que la tuberculose.

Ces notions scientifiques ont une importance capitale ; elles doivent servir de base à tous les projets d'assistance publique et de bienfaisance privée à l'égard des lépreux, tant au point de vue administratif que sanitaire et médical.

Application de ces principes généraux

« Jamais, disait le Dr Besnier à la *Lepra conferenz* de Berlin, en octobre 1897, jamais les mesures à prendre ne peuvent être édictées uniformes, absolues, générales, permanentes ; toujours elles doivent être réglées selon les conditions particulières à la région, à l'état social, au coefficient actuel de virulence, c'est-à-dire de contagiosité, selon qu'il y a ou non foyer lépreux proprement dit ; en un mot selon l'état des lieux, des choses et des hommes » ; et le Dr Jeanselme dit avec beaucoup de raison : « Pour faire œuvre utile et durable il ne suffit pas de connaître la configuration physique du sol et les grandes voies terrestres ou maritimes qui apportent la lèpre dans une colonie ; il faut, avant de légiférer, avoir des notions précises sur les mœurs, les coutumes, les croyances et même les préjugés des peuples qui habitent ces pays ; on ne saurait trop méditer cette vérité, que toute mesure, violemment imposée et contraire aux aptitudes et au génie d'une race, n'est pas viable. Donc si l'on veut éviter un échec certain, il faut renoncer à tout projet de réglementation symétrique et uniforme. On ne peut pas assujettir aux mêmes lois les tribus canaques, si peu fixées au sol, qu'elles se déplacent aussitôt qu'on les moleste ; les races jaunes de l'Extrême-Orient, qui, depuis de longs siècles, sont habituées à l'obéissance passive ; et les colons européens qui ont emporté de la mère-patrie l'amour de l'indépendance. »

On ne doit donc pas songer à appliquer une législation uniforme. Des divers modes de réglementation actuellement en usage, quelques-uns, la promiscuité complète, la séquestration rigoureuse, et la mise hors la loi, sont condamnés par la science et violent le droit de la liberté et de la charité : tandis qu'une certaine indépendance, l'hospitalisation et l'isolement, doivent être les armes dont se serviront les gouvernements pour lutter avec succès contre le mal qu'il s'agit de faire disparaître, dans la plus large mesure possible.

Article premier

Des conditions dans lesquelles la liberté peut être accordée à des lépreux.

a) S'il s'agit de lèpre trophoneurotique avec arrêt de la maladie; ces cas sont nombreux: un lépreux a la main en griffe, perd ses phalanges, ses orteils et, durant une période de dix, vingt ou trente années, n'offre plus aucun symptôme d'activité lépreuse. Est-on en droit de le séquestrer pour le reste de ses jours, ainsi que cela se pratique sur une large échelle à Molokaï? assurément non: il n'est la source d'aucun danger pour le public et le maintenir en contact avec la lèpre tuberculeuse ulcérée des autres malades l'expose au contraire à une nouvelle contamination.

b) S'il s'agit de lèpre trophoneurotique en pleine évolution, le danger est minime; il suffirait d'exiger le pansement et l'occlusion des plaies produites par les mutilations; ces soins élémentaires ne réclameraient l'hospitalisation que pour les individus dénués de toutes ressources.

c) S'il s'agit de lèpre maculeuse, la surveillance médicale suffirait pour fixer le jour où, selon la marche de l'affection, il y aurait lieu de recourir à l'hospitalisation.

d) Enfin s'il s'agit de lèpre tuberculeuse avec rémission, le cas est assimilable au précédent et l'on constate en effet assez souvent une régression ou un arrêt durant plusieurs années.

Art. 2

Peut-on recevoir des lépreux dans les services hospitaliers ordinaires?

Oui, si l'on n'y dispose pas de pavillons d'isolement; mais à la condition d'appliquer exactement les règles de l'asepsie, de l'antisepsie et de la désinfection, tant pour les malades que pour le personnel infirmier.

Art. 3

De l'isolement facultatif et volontaire.

Le malade, s'il est riche, s'isole chez lui et, s'il est indigent, est placé dans un hôpital ou de préférence dans une léproserie, selon la

gravité des cas et les indications du médecin compétent. C'est le mode d'assistance le plus en harmonie avec la notion exacte de la nature de la lèpre et les mœurs des pays civilisés; il ouvre un large champ aux œuvres de bienfaisance privée, mais il faut que ces léproseries, par leur installation, leur confortable, et la réglementation, attirent les malades au lieu de leur causer de la répulsion et qu'ils sachent que c'est un bienfait qu'on leur offre sans le leur imposer.

Art. 4

De l'isolement obligatoire.

Ce mode tel qu'on l'a appliqué en Norvège sur les indications du Dr Hansen est désirable dans les pays offrant des foyers de lèpre en pleine activité; mais il y a lieu, avant de légiférer, de tenir compte des mœurs, des croyances et même des préjugés de ces divers pays, sinon l'on s'expose à ne pas atteindre le but que l'on se propose; c'est ainsi que dans les îles Hawaï, que je visitais en novembre 1899, il y a presque autant de lépreux en liberté que de lépreux enfermés à Molokaï, alors même que le gouvernement hawaïen n'a reculé devant rien pour tenter l'application de la loi en vigueur; il me suffira de citer à l'appui le fait suivant : Un pauvre canaque apprend un jour qu'il a été signalé comme étant atteint de la lèpre, sachant le sort qui lui était réservé, il gagne aussitôt la montagne et se réfugie avec sa femme dans une grotte d'un accès fort difficile, il fallait s'aventurer sur une crête de rochers, côtoyant un abîme pour y pénétrer; la police se mit à leur poursuite, nos deux canaques armés de fusils n'hésitèrent point à se défendre et tous les agents qui se présentaient allaient rouler dans le précipice. Le gouvernement eut recours à la force armée, mais en vain car chaque coup de fusil portait. Quelques temps après, on trouva les deux canaques morts de faim dans leur caverne. Aujourd'hui beaucoup de lépreux se cachent, tant ils redoutent leur déportation à Molokaï.

La législation n'est pas moins dure aux États-Unis. Il y a d'ailleurs, un procédé plus facile et moins vexatoire pour obtenir l'isolement, il consiste dans la création de villages lépreux, tels que je les ai vus au Tonkin, mais à la condition d'établir, dans chacun de ces vil-

lages, un dispensaire et une infirmerie, d'en éloigner les aveugles, les galeux et les syphilitiques qui s'y réfugient en grand nombre, et de fournir à tous ces lépreux les secours nécessaires qui permettront de leur interdire la mendicité. Or, au Tonkin, le lépreux ne reçoit que 0 fr. 05 par jour, alors que le minimum indispensable serait de 0 fr. 15. Ainsi que le dit le Dr Jeanselme: « Il faudrait éclairer sans relâche les intéressés, par tous les moyens appropriés, sur les mesures de préservation dont l'importance est de premier ordre dans les pays lépreux; mission à confier particulièrement aux ministres des religions. » Confier la direction de ces villages lépreux aux missionnaires, sous la surveillance du médecin qui dirigerait les méthodes de pansement; couvrir les frais de l'entretien des malades, leur procurer un métier, une occupation facile et peu fatigante; imiter ce que le P. Bertrand a si magnifiquement réalisé au Japon, à Gotemba, ce que font les Jésuites à Madagascar, ce que cherche à établir le P. Rabagliati en Colombie, telle est me semble-t-il la solution la plus pratique et la moins onéreuse dans nos colonies et dans les autres pays que ronge le mal de la lèpre. Je ne saurais assez redire mon étonnement et mon admiration, à la vue de ces lépreux de Gotemba qui, loin de désirer fuir leur asile, ne voudraient point le quitter. Il est bon de faire remarquer que l'œuvre de Gotemba n'est point subventionnée par le Japon, le P. Bertrand doit compter sur la charité privée pour subvenir aux frais de sa colonie de 72 malades.

Nous avons passé rapidement en revue les divers modes d'assistance publique et de bienfaisance privée applicables de nos jours aux lépreux dans le monde entier, ils s'harmonisent très bien avec les trois propositions qui ont réuni l'unanimité des suffrages de la *Lepra conferenz* de Berlin, ces propositions de M. Besnier sont les suivantes:

« 1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie.

« 2° La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins.

« 3° Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail, en rapport avec les conditions sociales de chaque pays. »

En résumé, chaque gouvernement tiendra compte des habitudes, des mœurs du pays, de l'intensité plus ou moins grande de la maladie, pour appliquer les divers systèmes d'hospitalisation que nous avons exposés plus haut; mais en aucun cas il ne pourra consentir à ce que des individus soient morts civilement, parce qu'ils paient tribut à la lèpre.

Il est à désirer que les enfants; nés dans les villages lépreux, soient placés en dehors de ces foyers de contagion possible; ainsi l'on verra disparaître en grande partie les cas de lèpre prétendus héréditaires; on aura porté le vrai remède à l'hérédo-contagion.

Avant de clore ce mémoire, permettez à l'auteur d'attirer l'attention sur le projet qu'il va réaliser, avec l'approbation et les encouragements du gouvernement français, dans une propriété de 36 hectares qu'il a acquise aux environs de Neufchâteau (Vosges), en vue d'y créer le « sanatorium Saint-Martin ». Le plan de ce sanatorium figurera à l'Exposition dans le groupe XVI de la classe 112. Rien ne sera épargné pour mettre au service de nos lépreux français toutes les ressources de la science et de la charité.

DE L'ASSISTANCE FAMILIALE DES VIEILLARDS ET DES INVALIDES DU TRAVAIL

XIV. — Mémoire de **M. le Dr JARDET,**

Vice-Président de la Commission administrative des hospices de Vichy.

L'*Assistance familiale* des vieillards, hommes ou femmes, et des invalides du travail, telle qu'elle est pratiquée par les hospices de Vichy, consiste dans le placement, chez les cultivateurs ou les habitants des campagnes, de personnes susceptibles d'être hospitalisées, mais n'ayant pas d'infirmités réclamant des soins médicaux. Celles qui en demandent sont placées à l'hospice transformé en infirmerie.

L'intervention de la société vis-à-vis de l'individu est, par ce mode d'assistance, non seulement aussi discrète, mais encore aussi peu exigeante que possible, l'assistant ne réclamant pour prix de son service ni abdication de liberté, ni discipline spéciale.

L'*hospitalisation* fournit bien des moyens d'existence matériels, mais rien de plus, encore réclame-t-elle le sacrifice de toute initiative et de toute liberté; le *placement familial*, sans rien demander, satisfait à la fois aux besoins physiques et aux aspirations psychiques de la vieillesse abandonnée; il lui procure en un mot une assistance morale aussi bien que matérielle. En lui rendant une famille qui lui manque il la ramène simplement, sans rien lui imposer, aux conditions normales des êtres plus heureux ou plus habiles, qui ont su se créer ou conserver des parents plus jeunes pour les assister au déclin de la vie.

Retracer l'histoire de l'organisation de ce service est, croyons-nous le moyen le plus simple et le plus clair de montrer la manière dont il fonctionne et les avantages qu'il procure; c'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

Les hospices de Vichy, bien que leurs installations fussent récentes, étaient préoccupés depuis quelque temps de l'insuffisance des places et craignaient que l'agglomération des vieillards n'ait des conséquences fâcheuses; aussi résolurent-ils de mettre à l'essai l'assistance familiale des invalides, comme elle se pratique en Belgique, dans les plaines de la Campine où l'un des membres de l'Administration était allé l'étudier sur place.

La décision d'organiser un service de pensionnaires libres chez les habitants des campagnes fut prise le 13 janvier 1899 à la suite du rapport suivant.

Rapport sur l'organisation d'un service de pensionnaires libres placés par les hospices de Vichy chez des nourriciers cultivateurs ou habitants des campagnes par le Dr Jardet.

I

Le maintien des vieillards ou des invalides dans les établissements fermés n'est pas sans présenter de très sérieux inconvénients, auxquels les administrateurs des hospices doivent s'efforcer de porter remède.

Le fait seul d'être enfermé, de se trouver en contact permanent avec des voisins de hasard, de se lever à l'heure réglementaire, de manger à la table commune, de faire tous les jours chaque chose à la même heure, constitue pour les hospitalisés une sujétion très grande.

C'est toujours pour eux une obligation pénible de rester inactifs, quand ils sont habitués à vaquer aux travaux de leur métier soit au grand air, soit dans un atelier.

L'entrée à l'asile enlève non seulement toute initiative et toute liberté, mais encore tout motif de distraction et d'intérêt. Elle place

l'homme dans des conditions morales bien plus mauvaises que celles où il serait s'il était libre d'aller, de venir, de s'occuper suivant ses aptitudes ou ses goûts.

Enfermé dans une maison commune, le pensionnaire n'a plus aucun stimulant pour travailler, il passe ses journées à flâner, à fumer, à s'ennuyer et à se disputer avec ses voisins ou avec le personnel.

Placé au contraire près d'une famille qui le soigne, qui rétribue son travail par des gratifications dont l'argent sera employé à sa guise, il s'intéressera aux gens chez qui il vit et ne sera considéré, ni par les autres ni par lui-même, comme un être tout à fait inutile et une charge pour la société.

S'il lui est impossible de travailler, il pourra tout au moins surveiller les enfants, garder les animaux ou simplement rester à la maison, quand ses hôtes s'absentent et vont aux champs.

Au point de vue matériel, les agglomérations, surtout celles d'êtres impotents, sont toujours des milieux dangereux où se développent les maladies, et les individus qui les composent sont dans des conditions de résistance bien plus mauvaises que s'ils menaient la vie au grand air avec toutes ses obligations et ses distractions.

Ajoutons enfin que, pour maintenir des vieillards dans des endroits sains, aérés, pour leur donner une nourriture convenable et des soins de propreté constants, il faut des locaux très vastes, des cours spacieuses, des installations hygiéniques coûteuses, un personnel nombreux et une cuisine choisie, qui convient, malgré tout, rarement à ceux pour lesquels elle est préparée, soit parce qu'elle diffère trop de la nourriture habituelle des gens qui deviennent pensionnaires, soit parce qu'étant calculée de façon égale, elle est tantôt trop abondante, tantôt insuffisante, suivant l'état momentané de malaise ou de bien-être.

Au lieu d'hospitaliser les vieillards, mettez-les dans le milieu social où ils ont l'habitude de vivre, dans celui où ils sont nés, ils se trouveront chez eux et parmi leurs semblables avec qui ils partageront les joies et les espérances.

Comme ils sont incapables de gagner leur vie, assurez-leur simplement l'existence sans les changer de société en les laissant libres d'aller et venir, de rentrer à la maison ou d'en sortir. Ils auront comme stimulant du travail, l'argent de poche que leur donnera le nourricier.

Intéressez celui-ci à son bien-être en lui faisant espérer des pensionnaires d'autant plus nombreux que ceux-ci seront mieux soignés. Vous aurez trouvé pour les vieillards d'excellentes conditions et tout en dépensant peu d'argent, vous ferez entrer l'aisance dans de nombreuses maisons de campagnards.

Une ou deux bouches de plus à nourrir coûtent peu de chose à la campagne, et 2 ou 300 francs y rentrant sûrement constituent un réel avantage.

Cette organisation existe dans divers pays, elle y a donné les meilleurs résultats, les hospices, qui l'ont adoptée, y ont trouvé une économie considérable et ont pu assister un nombre d'invalides bien plus grand qu'autrefois. Les assistés préfèrent ce mode de secours à l'établissement fermé.

Quant aux habitants, ils réclament des pensionnaires et les considèrent comme une ressource nouvelle et d'autant plus précieuse qu'elle est fixe. C'est pour eux un honneur et une richesse que de conserver longtemps un ou deux pensionnaires. « Nos vieillards, me disait un inspecteur, sont pour les habitants une véritable tirelire » de laquelle l'argent tombe régulièrement à la maison.

II

Les personnes susceptibles d'être placées comme pensionnaires chez les habitants des campagnes sont principalement des vieillards des deux sexes, qui se trouvent dans les conditions d'admission à l'hospice, c'est-à-dire ceux qui, ayant 70 ans d'âge, n'ont aucune infirmité réclamant des soins spéciaux et nécessitant des personnes habituées aux pansements médicaux ou chirurgicaux.

Les estropiés, incapables de gagner leur vie, peuvent être également assistés de la même manière, qu'ils appartiennent à la catégorie des invalides du travail ou bien qu'ils soient estropiés dès le jeune âge. Cette classe de pensionnaires pourrait s'étendre suivant les cas, l'attention et l'intelligence des nourriciers, à des sujets atteints de paralysie partielle ou de maladies du système nerveux central, amenant un affaiblissement de la force physique, sans affecter l'état mental. Bien des infirmes trouveraient un grand soulagement dans cette vie au grand air et en liberté.

Il est enfin des faibles d'esprit, des insuffisants, incapables de gagner leur existence par manque d'intelligence et de volonté, dont la place est toute indiquée parmi ces invalides.

Le placement de tous ces individus à la campagne aurait le plus heureux résultat sur leur état de santé, et débarrassant nos rues d'une quantité de mendiants à qui la réclusion hospitalière fait peur, elle enlèverait tout prétexte de tolérance à l'égard des hideux estropiés étrangers, qui exhibent leurs plaies ou leurs infirmités durant la saison.

III

L'organisation de ce service mettrait en présence trois personnalités, l'administration hospitalière, le nourricier et le pensionnaire.

Nous allons examiner quelles sont les obligations et les droits de chacune des parties.

L'administration hospitalière doit assurer l'existence du pensionnaire, en donnant au nourricier une somme d'argent suffisante à sa nourriture.

Cette somme varie de 200 à 300 francs (64 à 70 centimes par jour) dans les pays où le système fonctionne; elle diffère suivant qu'il s'agit d'une femme, d'un homme ou d'un enfant, elle change aussi suivant que le pensionnaire réclame des soins plus ou moins assidus ou délicats. Les malades atteints d'ulcères chroniques nécessitent quelques lavages pour lesquels il est alloué un supplément de pension et il est fourni des linges et des objets de pansement. Les sujets qui ne peuvent s'habiller seuls sont également plus difficiles que les autres.

C'est encore à l'hospice qu'incombent les soins médicaux et les soins hygiéniques, tels que les bains mensuels.

Le trousseau du pensionnaire doit être fourni par l'hôpital au moment du placement.

En Belgique, il comprend pour les hommes deux costumes : un en drap couleur cuir olive pour tous les jours, un autre en velours pour le dimanche, et chaque année on renouvelle un costume.

Chaque homme reçoit en outre :

2 chemises de coutil,

2 caleçons,
1 casquette,
2 bonnets de nuit,
1 écharpe ou cache-nez,
2 mouchoirs de poche,
2 paires de bas,
2 paires de chaussettes.
1 paire de souliers,
des sabots en nombre variable, renouvelés quand ils sont usés,
1 paire de bretelles.

Les femmes reçoivent au moment de leur placement :

3 chemises pour un an,
1 jaquette pour un an,
1 jupon en molleton tous les deux ans,
2 camisoles,
1 tablier de toile,
1 tablier de coton,
1 bonnet de laine,
2 bonnets de nuit,
2 mouchoirs de poche,
2 paires de bas,
1 paire de souliers,
des sabots,
1 filet à cheveux.

Pour les infirmes il est fourni en outre une chaise percée ou une chaise spéciale.

Le trousseau est remis au pensionnaire en même temps qu'un livret à son nom où est indiqué son nourricier, l'adresse de celui-ci et les différents objets du trousseau avec la date de leur fourniture. Ce livret doit être rapporté chaque fois qu'est demandé un objet quelconque.

En dehors de ces obligations, l'administration hospitalière doit surveiller la situation de ses assistés et elle le fait de deux façons, soit directement par son propre personnel, directeurs et administrateurs, qui inspectent les pensionnaires quatre fois par an, soit

indirectement et d'une façon permanente par la nomination d'inspecteurs sur place que l'on choisit dans les villages parmi les notables habitants ; ils visitent les assistés, reçoivent leurs réclamations et tranchent les difficultés, qui pourraient s'élever entre le nourricier et son hôte.

En dehors d'inspections régulières et annoncées il s'en fait d'autres d'une façon inattendue trois ou quatre fois par an.

L'Administration hospitalière en retour de ces obligations a droit d'exiger du nourricier, une chambre propre et assez aérée pour son pensionnaire, un lit comprenant une paillasse, un matelas ou un lit de plumes et des couvertures, des draps assez propres.

Elle exige que toute personne qui demande à être nourricier montre à l'inspecteur le local qu'elle destine au pensionnaire et même qu'elle fasse connaître ses ressources et son genre d'alimentation ordinaire ; en particulier si elle tue un cochon, mange du lard ou boit du vin. L'Administration exige, en outre, que les assistés ne soient pas au nombre de plus de deux dans la même maison, trois par exception.

Elle tient la main à ce que ceux de sexe différent ne séjournent pas chez le même nourricier s'ils ne sont pas mariés.

Le *nourricier* doit être une personne honorablement connue et vivant du produit de son travail aux champs ; il doit être logé assez largement pour disposer si possible d'une chambre pour le pensionnaire ; cette chambre peut servir à deux sans inconvénients.

Il doit le logement et le coucher dans les conditions prescrites, c'est-à-dire des objets de literie convenables, il doit aussi la nourriture à la table de famille, le lessivage et la toilette, c'est-à-dire les soins de barbe et de cheveux.

Il pourra, s'il le juge de son intérêt, donner en outre des gratifications plus ou moins élevées, le dimanche, pour reconnaître les services rendus par le pensionnaire. Dans les pays de placement les assistés savent parfaitement se communiquer leurs impressions sur leurs hôtes et ceux qui sont généreux sont les plus recherchés.

Pour choisir des nourriciers nombreux, les visiter, les apprécier et les inspecter il est indispensable d'avoir des inspecteurs sur place ou à proximité. Ce sont d'habitude des habitants aisés des villages, d'anciens commerçants, des forgerons ou des petits fonctionnaires.

Il faut en tout cas éviter l'instituteur et le fonctionnaire politique.

Les bureaux de bienfaisance locaux pourraient à cet égard fournir d'excellents inspecteurs, qui ne coûteraient rien ou presque rien et qui prononceraient en cas de dissensions.

Ce sont eux, qui chaque mois ou chaque trimestre font la distribution des vêtements et de tout ce qui est nécessaire en dehors de la nourriture, tel que lunettes, béquilles, bandages ou alèzes imperméables pour ceux qui ont de l'incontinence d'urine.

C'est également l'inspecteur, qui choisit telle ou telle maison suivant le caractère et les aptitudes du pensionnaire et du nourricier; pour cela il dispose généralement d'une maison de passage où il met d'abord l'assisté dès qu'il arrive.

Celui-ci est annoncé huit jours auparavant par l'Administration.

L'inspecteur fait ensuite le placement définitif au bout de quatre à dix jours.

Cette maison de passage se paie un peu plus cher par jour que l'hôte définitif, mais elle rend de grands services.

L'inspecteur prévient l'Administration de l'état de ses pensionnaires et a soin de ne les recevoir qu'à dates fixes et de les prévenir que les changements de résidence, sauf en cas de dispute ou désaccord, ne se font que le premier du mois, de telle sorte que les petits malentendus aient le temps de se calmer; ils sont d'ailleurs assez rares, les pensionnaires pouvant changer de maison.

L'administration hospitalière paie en bloc à l'inspecteur le prix de la pension; celui-ci décompte aux nourriciers définitifs les journées d'essai passées dans la première maison de façon à la payer suffisamment. Une absence de dix jours et au-dessus se décompte de la somme due au nourricier; pour une absence plus courte il n'y a pas de décompte.

En cas de décès les frais d'église sont garantis, le cercueil et le fossoyeur sont payés par l'Administration et, par exception très rare, il peut être alloué une gratification pour soins donnés pendant la maladie finale.

En règle générale les pensionnaires malades sont soignés à l'hôpital.

Les *personnes assistées* doivent se conformer aux habitudes de la maison où elles sont placées et vivre autant que possible à la table de famille.

Elles doivent prendre soin de leur trousseau, rapporter à l'inspecteur les objets usés dont elles demandent le renouvellement.

L'aliénation du trousseau et le départ du pensionnaire de même que son inconduite exposent celui-ci au renvoi immédiat, peuvent faire l'objet de poursuites, et celui qui s'y expose n'a d'ordinaire comme ressource ultérieure que l'entrée dans un dépôt de mendicité.

Quel que soit le succès réservé à ce placement de pensionnaires libres, il donne dans d'autres pays des résultats si heureux qu'il y a intérêt pour les hospices de Vichy à l'instituer.

Il convient tout d'abord de faire appel à la bonne volonté des communes ressortissant de notre hôpital en convoquant si possible les maires et les notables, ou tout au moins en leur communiquant notre projet, afin qu'ils nous désignent des inspecteurs, qui feront connaître des personnes susceptibles de devenir des nourriciers.

Après lecture de ce rapport, la commission des hospices de Vichy décida de s'adresser immédiatement aux maires des quinze communes de la circonscription pour leur exposer l'œuvre qu'il s'agissait de créer, et savoir si parmi leurs administrés il s'en trouvait qui fussent disposés à prendre des pensionnaires.

En conséquence la lettre suivante fut adressée aux maires de toutes les communes de la circonscription tandis qu'un appel était fait aux populations des campagnes par la presse locale.

Lettre aux maires des communes de la circonscription hospitalière de Vichy.

Vichy, le 21 janvier 1899.

Monsieur le Maire,

La commission administrative des hospices de Vichy, ayant décidé de placer chez des cultivateurs à la campagne, moyennant un prix de pension et des conditions à fixer, des vieillards indigents et des invalides du travail âgés de plus de 70 ans, a l'honneur de vous demander de vouloir bien porter cette décision à la connaissance de ceux de vos administrés qu'elle pourrait intéresser et de lui indiquer les noms et adresses des personnes qui seraient disposées à prendre des pensionnaires.

Une bouche ou deux de plus à nourrir coûtent peu dans un ménage de cultivateurs et une somme de plusieurs centaines de francs venant chaque année augmenter les ressources du ménage n'est pas une chose à dédaigner.

Notez, Monsieur le Maire, que ces invalides du travail sont capables de rendre des services à leurs nourriciers.

L'Administration n'exige pas une chambre particulière pour ses assistés, mais simplement un lit.

Quant à la nourriture, il est entendu qu'elle sera prise à la table de famille.

Pour le trousseau il sera fourni par l'hôpital.

L'administration des hospices se tient à votre disposition pour vous fournir tous les renseignements relatifs à cette création.

Nous comptons, Monsieur le Maire, que vous voudrez bien nous aider dans cette œuvre si intéressante et que vous ferez ressortir à ceux de vos administrés disposés à prendre des pensionnaires, les avantages qui en résultent pour eux-mêmes, en raison de la somme annuelle qui leur sera payée.

Veuillez agréer, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération distinguée.

L'Administrateur délégué,

Communication à la presse, parue dans la « Démocratie du Centre » et quelques autres journaux locaux, le 8 juin 1899. — Assistance des vieillards et invalides du travail.

L'administration des hospices de Vichy vient d'inaugurer, le 1er juin dernier, un mode d'assistance, nouveau pour notre pays, et qui paraît appelé à donner les meilleurs résultats.

Les vieillards ou invalides ne sont plus enfermés dans un hospice ou un reposoir quelconque; ils mènent, au contraire, la vie des cultivateurs, des habitants des campagnes, chez lesquels ils sont mis en pension. Le Veranet et Busset ont ainsi un premier contingent de nouveaux habitants, qui, pour une somme annuelle de 300 francs, partagent la vie de leurs hôtes, mangeant à leur table et sont considérés comme « de la famille ».

Le placement, dans les mêmes conditions, de tels pensionnaires se pratique en plusieurs pays étrangers, il y donne les meilleurs résultats et c'est par l'étude de ce qui se passe en Belgique, par exemple, que la commission des hospices de Vichy a été conduite à tenter un semblable essai.

Bruxelles, en envoyant dans un pays pauvre 1.200 vieillards, a apporté l'aisance dans tout un canton: une somme de plus de 300.000 francs répandue chaque année dans un petit pays ne saurait, en effet, passer inaperçue.

Une ou deux bouches de plus à nourrir n'accroissent pas sensiblement les charges d'un ménage de cultivateurs, tandis qu'une augmentation de 3 ou 600 francs de revenu assuré fournit un appoint fort appréciable et très apprécié.

Enfin n'est-il pas plus avantageux pour la communauté, qu'elle s'appelle commune, département ou État, de répandre cet argent en subventions aux cultivateurs pauvres, plutôt que de le dépenser dans des bâtiments aussi coûteux à édifier que ruineux à entretenir? Et ne vaut-il pas mieux assurer aux vieillards et aux invalides du travail, une vie libre et au grand air, au lieu d'une réclusion, qui devient si facilement un foyer de maladies aussi dangereux pour les voisins que pour les pensionnaires eux-mêmes.

Ce mode d'assistance est également plus moral et meilleur pour le malheureux : plus moral parce qu'il lui laisse la liberté absolue de choisir son genre de vie, de s'occuper des choses qui l'entourent, enfin de partager les intérêts, les espoirs et les peines de ceux qui prennent soin de lui. Il procure, en un mot, une vie vraiment humaine faite de désirs et de sentiments.

Par ce moyen, l'assisté, qui n'a personne pouvant se charger de lui, n'est qu'un vieillard arrivé à l'âge de la retraite et auquel on choisit une famille où, sans être obligé à aucun travail, son existence est assurée. Il ne diffère en rien de l'ouvrier vieilli, après une existence heureuse et prospère.

Voyez au contraire l'hospitalisé qui se lève au coup de cloche, mange sur un appel, se couche au signal et ne peut dépasser le cercle où il lui est permis de tourner, que lui reste-t-il pour s'occuper l'esprit ? Que peut-il faire pendant les longues heures qui lui restent à flâner et à s'ennuyer ? Comment ne se sentirait-il pas à charge à lui-même et aux autres ? S'intéressera-t-il à la prospérité de la maison où il se trouve ? Il n'en connaît ni les ressources ni les besoins. Pense-t-il même à ses voisins ? Il n'a aucun intérêt à savoir qui ils sont. A-t-il lieu d'espérer qu'un effort ou un travail lui procureront une joie ou une douceur nouvelle ? C'est bien difficile, quand il y a tant de personnes pour mériter une gratification.

Là, où en liberté il pourrait se rendre utile, il ne le fera pas quand il est enfermé ; il se réduira de lui-même au rang peu enviable d'un animal à l'étable dont les besoins matériels, boire, manger, dormir, sont assurés en attendant la fin.

Quant aux conditions de bien-être physique, il suffit d'entrer le matin dans un dortoir de vieillards, et d'en respirer l'atmosphère empestée pour être fixé sur les inconvénients de l'hospitalisation.

Le placement à la campagne peut être l'objet de deux critiques seulement : la première, c'est que le vieillard ou l'invalide n'est pas ou est mal surveillé ; la seconde s'adresse à la nourriture, qui est peut-être moins soignée chez un cultivateur que dans un hospice.

En ce qui concerne la surveillance, elle s'exerce, chaque semaine, par les tournées du directeur de l'hôpital, par celles des administrateurs et plus simplement encore par celles du maire et du garde champêtre ; elle sera plus efficace encore quand les habitants auront compris les avantages que procure le pensionnaire qui peut parfaitement se surveiller lui-même et se plaindre s'il se trouve mal. Il n'est, après tout, ni un enfant ni un imbécile ; le nourricier a tout intérêt à se l'attacher et à s'assurer ainsi la rente qu'il représente.

Quand au régime alimentaire de la campagne, s'il est moins substantiel que celui des hospices, il est tout aussi sain et souvent mieux approprié aux habitudes de l'assisté, que celui d'un hôpital où chacun a le même régime, quels que soient son goût et son appétit.

Espérons que l'initiative de la commission de l'hospice de Vichy recevra bon accueil dans notre population et que cette organisation d'*assistance familiale*, qui pourrait supprimer la mendicité et la vue de la misère urbaine, aura chez nous le succès qu'elle a obtenu dans les pays plus avancés en matière d'assistance.

N... administrateur des hospices.

Les communications aux municipalités et à la presse eurent, d'un maire seulement, une réponse favorable, les autres munici-

palités n'étant pas encore éclairées sur l'intérêt de notre tentative, il fallait que l'expérience lui donnât consécration.

Cette unique réponse suffit néanmoins à mettre nos projets à exécution et à placer dès le 1er juin trois pensionnaires chez des cultivateurs du Vernet.

A l'occasion de leur installation notre Directeur se rendit au village et eut la bonne fortune de se mettre en rapport avec un homme, le garde champêtre, qui devait nous rendre les plus grands services.

Cet humble fonctionnaire connaissant bien le pays, les ressources des habitants, ayant avec tous les petits cultivateurs des relations amicales, fit pour nous une propagande très active et le soir même nous connaissions six maisons disposées à recevoir nos malheureux.

Malgré ce succès, une seconde lettre fut envoyée aux maires des communes voisines, et, comme la première, resta sans réponse.

Le garde champêtre nous rendit, encore une fois, plus de service que toutes les municipalités. Il pénétrait de plus près le cœur des paysans, savait mieux leur parler et leur dire l'utilité de notre œuvre.

Dès qu'un campagnard est disposé à prendre un vieillard, notre Directeur se rend chez lui; autant que possible à l'heure du repas, se fait montrer les locaux, se renseigne sur ses moyens d'existence, note son appréciation, et revenu à Vichy, il sait s'il doit compter un nourricier de plus.

Au moment du placement intervient entre l'Administration et le paysan un contrat sur timbre dans les termes suivants :

Hospices de Vichy.

Entre l'administration des hospices de Vichy, représentée par M. A..., administrateur spécialement délégué à cet effet,
d'une part;
et le nommé N..., demeurant à X..., commune de H...,
d'autre part,
Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Le nommé N... s'engage à prendre comme pensionnaire le nommé X..., âgé de ... ans, à lui fournir le logement et le coucher connus de l'Administration, et à le nourrir à la table de famille dans les mêmes conditions qu'il ou qu'elle se nourrit lui ou elle-même.

Il s'engage, en outre, à blanchir, soigner et faire les menues réparations des vêtements de son pensionnaire qu'il surveillera et soignera comme l'un des siens.

Le trousseau sera sous la surveillance du nourricier, qui le délivrera par parties au pensionnaire au fur et à mesure de ses besoins.

Le nourricier s'engage, en outre, à laisser l'Administration surveiller et inspecter le pensionnaire, son trousseau et son logement, et à prévenir cette dernière en cas de départ ou d'absence prolongée.

L'Administration s'engage de son côté à verser au nommé N..., une somme de trois cents francs à titre de pension, payable de la façon suivante : 0 fr. 75 par jour payables tous les mois, 273 fr. 75 par an, plus 26 fr. 25 payables au bout de l'année révolue, étant bien entendu que si le pensionnaire restait moins d'une année chez son nourricier, il ne serait dû que 0 fr. 75 par jour.

Si, par extraordinaire, le pensionnaire venait à faire dans le même mois une absence de dix jours ou plus, les journées seraient déduites au nourricier, mais il serait payé intégralement si son pensionnaire s'absentait moins de dix jours.

Une quinzaine commencée depuis moins de dix jours sera payée entière, en cas de décès du pensionnaire.

Les frais d'inhumation sont à la charge des hospices.

En cas de maladie, le pensionnaire sera soigné à domicile au tarif de l'assistance médicale, ou à l'hôpital suivant la gravité de la maladie, constatée par un médecin.

Les réclamations du nourricier seront reçues par l'administration hospitalière les 1er et 15 de chaque mois, et si celui-ci désirait cesser de garder son pensionnaire, il devrait en prévenir cette dernière une semaine au moins avant le 1er ou le 15 de chaque mois.

Il remettrait, bien entendu, le trousseau dans l'état où il se trouve.

En cas de désaccord entre l'Administration et le nourricier, chaque partie prendra comme arbitre le maire de sa commune, ou un délégué de celui-ci, et les parties s'engagent à se conformer à la décision de ces arbitres ou de telle personne qu'ils désigneront d'un commun accord.

Fait double à Vichy, le...

L'Administrateur délégué, N... cultivateur.

Quand le contrat ci-dessus a été signé et enregistré, le vieillard est conduit par un employé de l'hospice dans sa nouvelle famille, il lui est remis un trousseau dans le courant de la semaine qui suit son installation, et à partir de ce moment il est libre de ses actions tout en étant à l'abri du besoin et du manque de soins. Il reste sous la surveillance de ses voisins et du garde champêtre, qui vient de temps en temps donner de ses nouvelles, en attendant que notre directeur aille lui faire visite au village.

Les résultats de cette organisation sont consignés dans un rapport fait après dix mois de fonctionnement et que nous rapportons ci-après. Ils sont, comme on verra, aussi satisfaisants que possible.

Sans doute l'entreprise n'a pas été essayée en grand et n'a pas eu des débuts retentissants, mais tout en disposant de moyens restreints elle n'a cessé de se développer sans que les intéressés lui aient jamais adressé aucune critique.

RAPPORT SUR L'ASSISTANCE FAMILIALE DES VIEILLARDS ET DES INVALIDES DU TRAVAIL, INAUGURÉE LE 1er JUIN 1899 PAR LES HOSPICES DE VICHY.

Messieurs,

Dix mois se sont écoulés depuis que nous avons commencé à placer des vieillards chez des nourriciers habitant la campagne et si nous considérons notre situation présente, nous avons lieu de nous féliciter grandement des résultats obtenus.

Nous avons assisté 5 personnes, 3 hommes et 2 femmes, nous leur avons fourni 1.276 journées d'assistance, 5 trousseaux et nous avons dépensé en tout 1.464 fr. 75.

Les journées d'assistance sont décomposées comme suit :

En juin	30	journées	de 3	personnes	.....	90
— juillet	31	—	4	—	.....	124
— août	31	—	4	—	.....	124
— septembre	30	—	4	—	.....	120
— octobre	31	—	4	—	.....	124
— novembre	30	—	4	—	.....	120
— décembre	31	—	4	—	.....	124
— janvier	31	—	5	—	.....	155
— février	28	—	5	—	.....	140
— mars	31	—	5	—	.....	155
			TOTAL		.....	1.276

La journée ressort donc pour l'Administration à 1 fr. 15 c. 4, et tous nos vieillards possèdent aujourd'hui un excellent trousseau

représentant une valeur appréciable, et dont nous n'aurons pas à faire la dépense cette année.

Jusqu'en décembre la pension a été de 300 francs par an et par vieillard; depuis cette époque le prix a été porté sur la réclamation des nourriciers à 365 francs. Ces derniers nous ont fait observer avec raison qu'une somme de 0 fr. 25 par repas était insuffisante à assurer l'existence de leurs pensionnaires et nous avons dû reconnaître que leur demande était fondée.

Le chiffre de 300 francs par personne alloué à titre d'essai était manifestement insuffisant, celui de 365 francs semble au contraire raisonnable et donner satisfaction à nos collaborateurs, tout en présentant une notable économie sur le prix de revient d'un vieillard hospitalisé.

L'élévation du prix de pension a eu pour nous un résultat des plus heureux, il a fait affluer les demandes de pensionnaires. Tandis qu'avant le mois de janvier les nourriciers étaient rares, ils sont devenus depuis de plus en plus nombreux et aujourd'hui nous pourrions placer douze vieillards de plus dans dix familles, si nous avions des demandes.

Toutes ces familles sont établies dans d'excellentes conditions et réparties sur trois communes. Elles serviront d'exemples à d'autres, quand nous leur aurons donné satisfaction.

Cette dissémination des placements ne peut qu'être utile au développement de notre œuvre en la faisant connaître et apprécier. Elle apportera l'aisance dans des familles de cultivateurs tout en assurant une existence honorable et agréable à nos assistés.

Si nous voulons noter nos impressions de début, nous remarquons que l'assistance familiale reçut dès l'abord un accueil peu enthousiaste de la part des municipalités voisines.

Quand nous fîmes appel aux maires des environs, c'est à peine si nous reçûmes une réponse, nous avons dû aller directement aux nourriciers et notre Directeur se rendit lui-même au Vernet pour chercher des cultivateurs disposés à recevoir les vieillards que nous leur proposions.

Il eut la chance de trouver chez un humble fonctionnaire, le garde champêtre de cette commune, l'aide le plus dévoué et le plus désintéressé. Grâce à cet homme actif, décidé et connaissant bien le pays,

nous pûmes compter, au bout d'un jour de courses, cinq personnes décidées à recevoir nos assistés.

Rendons hommage à cet auxiliaire de la première heure et à l'activité de notre Directeur.

C'est grâce à ces concours que le premier obstacle sérieux fut surmonté. Depuis, le garde du Vernet n'a cessé de nous susciter de nouvelles demandes et il est demeuré en quelque sorte notre délégué et notre surveillant sur place.

Une fois en marche, notre nouveau service n'a donné lieu à aucun fait digne de remarque; il a fonctionné régulièrement et, les jours de foire, pensionnaires et nourriciers viennent ensemble à l'hospice tenir notre Directeur au courant de leur situation, tout en lui demandant des sabots ou d'autres effets d'habillement.

Le besoin d'un inspecteur ne s'est pas fait sentir et nous jugeons que la création de ce poste est tout à fait inutile, les vieillards et les nourriciers faisant eux-mêmes leurs réclamations au Directeur, quand ils le veulent.

Un seul nourricier donna lieu à des plaintes de la part d'un vieillard, des disputes fréquentes survenaient entre divers membres de la famille et effrayaient notre homme; nous dûmes lui chercher un autre domicile dans la commune voisine, depuis il se déclare satisfait.

Aussi pouvons-nous dire, comme les peuples heureux, que notre entreprise n'a pas d'histoire; son développement est régulier.

Permettez-moi de rendre hommage en terminant à tous ceux qui collaborent à cette entreprise, en vous faisant remarquer que le succès tient pour une bonne part aux mœurs très douces de notre population, qui est naturellement hospitalière et accueillante, qui loin de craindre l'étranger nouveau venu le reçoit avec bonté et intérêt plutôt que de le tenir à l'écart et en suspicion. Ce sont là des qualités qui ont assuré jusqu'ici notre prospérité générale et dont nous avons simplement tiré parti pour une œuvre d'assistance.

Après avoir retracé l'histoire de cette création à Vichy, montré le fonctionnement de ce service et ses résultats après dix mois, nous croyons pouvoir l'apprécier suffisamment et résumer nos impressions dans les quelques lignes qui suivent.

Conclusion

Dans l'assistance familiale la société ou le bienfaiteur choisit simplement la famille qui prend soin du malheureux, lui assure une juste rémunération de ce service, mais n'intervient ensuite que dans la mesure la plus faible.

L'assistant dit simplement au vieillard : « Vous n'avez pas su ou pas pu vous constituer une famille, je vous en fournis une, vivez avec elle sans souci du lendemain que je vous assure. »

Le placement à la campagne est, au point de vue moral, supérieur à l'hospitalisation. Complété par un hospice-infirmerie où l'on entre en cas de maladie grave, il vaut mieux que la collocation dans un établissement fermé, l'hygiène en est meilleure et le régime alimentaire plus sain et plus conforme aux habitudes des assistés.

L'assistance familiale, en dehors de ses avantages matériels et moraux pour la société et pour l'individu, est plus économique que toute autre assistance ; elle permet de secourir plus de personnes que tout autre moyen. Elle est en outre une source d'aisance et de bien-être pour le pays où elle se pratique.

Enfin elle a pour effet de développer parmi les populations des campagnes le goût de l'hospitalité et l'esprit de charité et de bienfaisance.

Elle doit donc être pratiquée toutes les fois qu'elle est possible, et préférée aux autres modes d'assistance.

ASSISTANCE AUX JEUNES INCURABLES ET, EN PARTICULIER, SUR CELLE QUI LEUR EST FOURNIE PAR LES FRÈRES SAINT-JEAN-DE-DIEU.

XV. — Mémoire de **M. le comte Jean D'AYGUESVIVES,**

Membre du Conseil d'administration de l'Œuvre des Enfants tuberculeux.

Il vous est, sans doute, arrivé bien souvent comme à moi, de rencontrer dans les rues des grandes villes ou dans les mansardes des faubourgs, et même peut-être au sein de familles laborieuses dans lesquelles le hasard des circonstances a pu vous fournir l'occasion de pénétrer, de ces pauvres jeunes êtres misérables, infirmes, c'est-à-dire incomplètement constitués, privés même des organes les plus essentiels aux manifestations ordinaires de l'activité physique et morale de l'homme, et dans bien des cas affligés de plaies et de difformités telles, que la vue en est pour ainsi dire insoutenable. Vous avez regardé l'un de ces pauvres êtres, votre cœur s'en est ému, vous n'avez pu en même temps vous défendre d'une impression odieuse. Vous l'avez plaint, vous avez pensé, vous avez dit: « Pauvre diable ! c'est horrible ! est-il assez digne de pitié ! . . . » et, le comparant à vous-même, peut-être avez-vous été assez heureux pour avoir la bonne pensée de vous féliciter de ne pas être à sa place et d'adresser en passant, à qui de droit, une action de grâces méritée. Mais, vous êtes-vous demandé plus ? Avez-vous eu le temps de vous ressaisir, la première impression passée, et d'analyser ce qu'est exactement cet être infirme que vous veniez de coudoyer ou simplement de regarder de près ou de loin sans trop oser vous attarder à considérer sa misère ? Peut-être que non, car, il en est ainsi dans la vie; ce qui est le plus extraordinaire n'est pas toujours le plus sérieusement envisagé, encore moins le mieux connu ; nous le regardons, il nous frappe; il excite un mo-

ment bien court notre admiration ou notre répulsion, mais nous le regardons en quelque sorte sans voir, je veux dire sans conserver une notion suffisamment définie et précise de ce que nous avons vu, parce que notre œil aussi bien que notre imagination sont emportés dans une course vertigineuse à travers la vie et le monde, et qu'ils ont besoin d'un accident qui les arrête, qui les éveille d'une façon spéciale, pour apercevoir la chose mille fois vue sans attention, sous son jour exact, celui qui aurait dû nous saisir dès l'abord et je dirais même comme par intuition.

Permettez-moi donc d'être, aujourd'hui, par les quelques renseignements et considérations que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, cette circonstance accidentelle qui, en retenant quelques instants votre attention sur les jeunes infirmes, appelés assez ordinairement du nom d' « incurables », vous mettra à même, en les connaissant mieux, de vous faire une idée plus nette de la place qu'ils occupent parmi les malheureux ayant droit à l'assistance, et de l'effort merveilleux, mais insuffisamment encouragé, de ceux qui, ayant compris le devoir de les secourir, se sont adonnés à cette tâche avec un dévouement absolument surhumain.

*
* *

Plaçons-nous, si vous le voulez, en face, non pas d'hypothèses, mais bien des réalités lamentables du genre de celles auxquelles je viens de faire allusion. Voici, par exemple, un jeune garçon de 12 ans, employé dans une scierie mécanique; il glisse et tombe dans un engrenage; on l'en retire avec les deux bras coupés; la chirurgie le soigne, le guérit de ses blessures et, quelques mois après l'accident, nous le retrouvons entièrement privé du secours de ses membres les plus indispensables. Il n'en n'est pas moins sain et bien portant, vigoureux même. Que va-t-il devenir? terrible et insoluble question semble-t-il; et, avant que vous ayez le temps d'y trouver la réponse, elle se repose immédiatement devant un autre enfant plus éprouvé encore si possible, dans un état plus pitoyable. Celui-là a le visage rongé par un lupus; son aspect est répulsif et inspire un véritable dégoût, ses parents, ses amis ne peuvent en souffrir le contact; partout où il passe, chacun détourne

les yeux pour couper court à l'impression d'horreur spontanément ressentie et, en quelque sorte invincible ! Ce pauvre misérable se sent odieux à tous; il ne sait où aller, à qui demander secours, asile, et protection contre l'impossibilité qu'il a constatée de se faire tolérer par les autres hommes et peut-être même contre la difficulté qu'il éprouve à se supporter lui-même. Quelle va être sa destinée ? Vivra-t-il ? Comment le pourrait-il dans l'état d'abandon auquel sa misère le réduit ? Va-t-il, au contraire, être peu à peu consumé par son mal rongeur et tomber dans le dernier degré de l'abaissement et de la décrépitude physique et morale, pour aboutir enfin à la délivrance de lui-même par la mort ? Quelle sera l'attitude de l'humanité à l'égard de ces deux êtres, choisis, pour ainsi dire, comme sujets-types de notre étude ? les secourra-t-elle ? le pourra-t-elle ? l'osera-t-elle ? Quel résultat pourra-t-elle espérer obtenir ? Autant de points d'interrogation, de motifs d'hésitation, de sujets de discussions, de concertations philosophiques savantes et intéressantes, même passionnantes entre gens du monde de la plus parfaite bonne foi. Les uns disent : « Il n'y a qu'un salut pour eux, c'est de mourir et le plus tôt possible, leur infirmité est sans remède. Or, vivre infirme, c'est souffrir toujours ; mais aimer son prochain c'est chercher à abréger sa souffrance ; donc, laissez-les mourir, ou abandonnez-les à eux-mêmes ce qui est la même chose, et vous aurez fait pour eux tout ce qu'il est admissible de faire, humainement parlant. Mais, répondent les autres, vous n'y songez pas, la vie est un bien et un bien qui nous est donné par la Providence, sans qu'il nous soit loisible de le rejeter ; l'infirme est appelé à vivre comme l'homme valide. Il doit vivre, il ne peut être question pour lui de désirer sortir de sa vie avant son heure marquée par le Créateur. Seulement, pour lui, la vie déjà si dure et si difficile quelquefois pour l'homme bien portant est un problème dont ses propres forces ne lui permettent pas de trouver la solution. Il lui faut, surtout, se supporter lui-même, ce qui est d'ordinaire, pour tout être raisonnable et moral, la plus grande épreuve, le plus réel échec à la bonne volonté, et cet élément essentiel de lutte, de moyen de tolérance qui réside dans l'activité intellectuelle et physique sous ses diverses formes, lui fait sinon toujours totalement, du moins, le plus souvent, presque entièrement défaut, soit qu'il

n'ait point ou plus les organes nécessaires à l'activité, soit que son immixtion ou séjour parmi ses semblables, condition *sine qua non* des manifestations ordinaires de son activité, lui soient, à cause de son infirmité, en quelque sorte interdits. C'est donc à lui fournir un moyen de se subvenir à lui-même et de se supporter lui-même que l'humanité charitable doit consacrer ses efforts !

Et, pendant que les dissertations vont ainsi leur train depuis nombre d'années, que les questions croisent les réponses, sans aboutir à des conclusions précises, entre contradicteurs chaleureusement convaincus, il est des hommes qui n'ont point discuté, qui n'ont point philosophé, qui, en présence de la misère, se demandant ce qu'il fallait faire, n'ont écouté que l'impulsion de leur cœur en fait de réponse, et qui semblent, par les résultats de leurs efforts que je vais vous exposer, avoir pleinement résolu les questions qui se sont posées d'elles-mêmes à nous à la vue du manchot et du cancéreux que je vous ai présentés tout à l'heure. Ces hommes sont les Frères Saint-Jean-de-Dieu. Le lieu où se manifeste leur œuvre est l'établissement de la rue Lecourbe. Entrez-y avec moi quelques instants, refaisons ensemble la visite que j'y ai faite avec toute la conscience et le soin désirables, il y a peu de temps. Nous allons retrouver dans cette enceinte le manchot et le cancéreux, objets de notre sollicitude ; nous constaterons simplement ce qu'ils sont par rapport à l'état dans lequel nous les avons justement supposés être avant leur admission à l'asile des Frères, et des diverses constatations faites se dégageront pour vous, je l'espère, des conclusions de nature à mettre pleinement en lumière la question de l'assistance aux jeunes infirmes.

*
* *

Jetons, tout d'abord, un coup d'œil rapide sur l'immeuble du N° 223 de la rue Lecourbe. Nous apercevons une grande bâtisse massive, en forme de quadrilatère, d'aspect grisâtre, composée d'un nombre important d'étages régulièrement superposés et percée d'une multitude de fenêtres hautes et larges, permettant à l'air de librement pénétrer et circuler. Au milieu, un clocher révélant la présence d'une chapelle élégante et soignée, le bon Dieu au

milieu des infirmes et des paralytiques : rien de nouveau, rien de changé depuis les premiers âges ! Nous frappons à la porte principale et franchissons une voûte faisant face à la cour du milieu et à la porte de la chapelle ; à gauche et à droite de cette voûte, des corridors immenses desservent le rez-de chaussée de l'immeuble le plus ancien et le plus conséquent, situé en bordure de rue, et des escaliers placés dans le milieu conduisent du rez-de-chaussée au premier étage. Nous sommes introduits par le portier dans un parloir propre et ordonné, et quelques moments après, un vieillard à cheveux blancs, courbé par l'âge et la fatigue, d'aspect aussi modeste que respectable, nous accueille de la façon la plus affable. C'est le frère Supérieur qui, depuis vingt-huit ans, gère la maison. Après le salut d'usage : « Vous êtes chez vous, messieurs, » nous dit-il ; et vu notre air étonné, il continue : « Oui, messieurs, car vous êtes au milieu des pauvres et des infirmes, et n'est-ce pas là le grand patrimoine de l'humanité dont chacun de nous peut et doit revendiquer sa part ? où serait donc, en effet, l'explication rationnelle de la misère, si ce n'est dans l'obligation d'assistance du riche à l'égard du pauvre, de l'homme valide à l'égard de l'infirme ? Vous l'avez sans doute entendu ainsi, messieurs, en nous rendant visite aujourd'hui. Soyez les bienvenus ! »

Ces quelques mots, prononcés avec une franchise et une sérénité dont je n'ai pas vu d'exemple ailleurs, sont, en résumé, l'histoire et la synthèse morale et philosophique de l'institution. Ils devaient trouver naturellement leur place ici, sous les auspices du sentiment de charité admirable, quoique simplement juste, qui s'en dégage. Écoutons le frère Supérieur et notre édification va continuer de se faire.

« Vous avez entrepris, lui demandons-nous, une œuvre bien difficile et bien ingrate, et les résultats doivent être bien décevants, car enfin, que faire d'un incurable, sinon de le soigner à perpétuité sans espoir ; or, dans le travail, quelque ardu qu'il soit, n'est-ce pas la pensée du fruit de ce travail, l'espérance du succès de l'effort qui, seule, peut soutenir et encourager ? — Messieurs, nous répond notre digne interlocuteur, je comprends de suite, par vos premières questions, que vous êtes dans l'erreur commune et que le sujet vous est mal connu. On a vécu bien longtemps sous l'influence

de ce préjugé que l'infirme était incurable et rebelle à toute éducation et que, par suite, c'était faire œuvre stérile que d'en faire l'objet d'une assistance publique ou privée quelconque. Permettez-moi de vous faire part du sentiment contraire, qui a été notre foi et notre guide, et de le justifier ensuite par les démonstrations de l'expérience.

« Au point de vue de sa situation sociale, et comparaison faite avec les autres catégories d'assistés, l'infirme apparaît, quelle qu'ait été encore l'opinion diamétralement opposée d'un grand nombre sur ce point, comme le malheureux le plus digne de pitié et de secours.

« L'homme simplement pauvre, à défaut d'assistance, peut toujours espérer trouver, avec de la bonne volonté et des circonstances favorables, une occasion de travail rémunérateur qui le soulagera de sa misère et quelquefois même lui procurera l'aisance.

« L'homme atteint d'une maladie ordinaire peut guérir, en dehors de tout secours spécial, par le seul effet de la nature, et s'il est obligé de faire appel à la charité pour assurer sa guérison, il a devant lui, après le temps court ou prolongé de sa maladie, l'avenir de la santé ou celui de la délivrance de sa misère par la mort.

« L'enfant pauvre, abandonné ou malade, en dehors de tout régime régulier d'assistance, a chance de bénéficier de circonstances accidentelles que fera naître bien souvent sa nature même d'enfant. Il attire au lieu de repousser. On sait qu'en le secourant, le secours n'aura qu'un temps, qu'il aura sûrement un résultat et même un dédommagement par l'attachement inspiré, l'affection éprouvée, une famille même constituée pour ceux qui en manquent.

« Mais l'infirme !... Dépourvu des organes essentiels au travail, il ne pourra jamais se suffire à lui-même ; il est voué irrévocablement à la misère ; souffrant, et souvent d'une façon aiguë, par le fait que sa maladie doit être extrêmement prolongée ou même incurable, il sera rejeté des asiles ouverts aux malades temporaires ; répugnant par son aspect et les conséquences odieuses de son infirmité, il ne peut compter sur la sympathie inspirée naturellement pour être recueilli et consolé, et cependant, il est destiné à vivre et même longtemps, car son infirmité ou les dépressions de son organisme, par une sorte de contradiction de la

nature, semblent le mettre plus qu'un autre à l'abri des conséquences mortelles des maladies qui, d'habitude, font parmi les valides de si nombreuses victimes.

« Ces réflexions ont amené nos frères à penser ceci : plus que tout autre, avant tout autre, l'infirme a droit à l'assistance ; il doit guérir souvent s'il est bien soigné et, s'il ne guérit pas, il doit, dans tous les cas, pouvoir être éduqué matériellement, moralement et intellectuellement, de façon à trouver dans les ressources de l'éducation reçue, ne fût-ce que de celle de ses membres incomplets ou débiles, les moyens de ne pas haïr la vie, mais de la supporter sans murmure, quelquefois avec sérénité. C'est dans cet ordre d'idées que nos frères fondèrent, en 1858, l'asile où vous êtes en ce moment. »

*
* *

Cet établissement abrite de 450 à 500 enfants du sexe masculin, en provenance de Paris et des départements voisins, âgés de 5 à 20 ans, qui y sont hospitalisés et soignés le plus généralement gratuitement, pour l'un des états ou maladies suivants : scrofulose, affections des yeux et des oreilles, plaies diverses, membres amputés, pieds bots, cancers, brûlures, surdité, mutisme, rhumatismes chroniques et autres cas similaires. Il se compose de plusieurs quartiers dont la division et l'aménagement sont basés sur la nature des infirmités dont sont affligés nos pensionnaires. Il y a le quartier des infirmes aptes à suivre le régime commun, le quartier des infirmes alités et obligés de recevoir des soins spéciaux, que nous appelons l'infirmerie proprement dite ; le quartier des paralytiques, c'est-à-dire de ceux qui ne pouvant se mouvoir que sur une même surface plane doivent accomplir, au même niveau, toutes les fonctions de la vie : sommeil, repas, travail ou récréation, et enfin le quartier des aveugles.

L'aimable Supérieur nous invitant à le suivre, nous acceptons volontiers et nous visitons ainsi chaque quartier en détail.

Voici d'abord le quartier général des cuisines, des réfectoires, des cours de récréation, puis des classes et enfin des ateliers. Nous observons, en premier lieu, que la plupart des employés, chefs et

aides de cuisine, desservants de réfectoires, sont des infirmes ou guéris ou améliorés au point qu'ils peuvent accomplir un service complet satisfaisant ; l'infirme appelé à assister lui-même l'infirme, tel est déjà un résultat remarquable qui renferme à lui seul deux avantages précieux : celui d'assurer une occupation rémunératrice à d'anciens pensionnaires, celui d'exciter le zèle et d'entretenir l'espérance des pensionnaires actuels par la vue constante soit de la guérison ou de l'amélioration réalisée, soit du savoir acquis par ceux qui les ont précédés dans l'asile.

La cuisine constitue un rouage important ; elle est forcément spacieuse, avec un outillage perfectionné susceptible de répondre aux besoins gigantesques de bouches nombreuses, d'autant plus avides de se remplir qu'elles ont été plus souvent vides avant le séjour à l'asile, et que, chez les infirmes, l'estomac est encore la partie de l'organisme qui est le mieux en condition de leur procurer une jouissance à peu près complète. Beaucoup nourrir ces êtres déchus est, paraît-il, nécessaire pour aider leurs forces languissantes, soutenir leur moral défaillant, améliorer leurs caractères aigris et souvent rebutés. Ne soyons donc pas surpris en apprenant que les frais de nourriture représentent, à eux seuls, la moitié de la totalité des dépenses. Après les cuisines, les réfectoires bien aménagés, sinon avec un grand confort, du moins avec propreté, solidité, espace, aération, et des dispositions telles que le service puisse en être facilement assuré par un personnel peu nombreux et doué, en majeure partie, d'une demi-activité. Ces réfectoires dégagent sur un préau vitré, lequel est ouvert lui-même sur deux cours de promenades bien exposées ; les pensionnaires s'y récréent, répartis en deux divisions, suivant leur âge. Ils y entretiennent tout autour, dans des sortes de petites bâches en bois, quelques fleurs ou légumes, à la culture desquels ils s'adonnent avec soin et intérêt. On a trouvé là un moyen de plus de rattacher leur esprit à quelque chose et de leur procurer une distraction qui les arrache à eux-mêmes, à la pensée de leurs infirmités, et, par suite, à la tristesse. Pour certains, peu nombreux, il est vrai, ce passe-temps devient un champ d'étude féconde, un vrai moyen d'instruction ; l'employé qui entretient les arbres et les plantes des cours et jardins de l'établissement est un ancien pensionnaire

qui, aidé d'autres pensionnaires formés par lui, révèle par ses productions un vrai savoir en horticulture.

En traversant les cours et obliquant à gauche, nous pénétrons dans les classes, qui occupent tout un bâtiment de construction légère, flanqué sur le côté du quadrilatère formé par l'ensemble de l'établissement, et constituent une des parties les plus intéressantes de ce dernier. Nous parcourons successivement six divisions installées dans des salles vitrées, communiquant entre elles et grandement ajourées et aérées; partout le souci de l'hygiène est observé scrupuleusement; en même temps qu'on cherche à éveiller, former et cultiver l'intelligence, on a soin de soutenir et de fortifier le corps. Ici, le spectacle est divers, quoique toujours impressionnant. Des visages appauvris, étirés, contrefaits, des membres incomplets ou difformes accusent, dès l'abord, l'infériorité physique et intellectuelle des sujets, et cependant, dans bien des cas, on sent à travers ces corps chétifs et mal formés des esprits qui se tendent vers la lumière, vers la science, qui font effort pour s'ouvrir et recevoir la parole qui les enseigne et cherche à les faire monter au niveau de leurs semblables. Quelques-uns se révèlent même tout à fait sortis de l'ornière, en pleine voie d'instruction, et quand nous entrons dans les deux dernières classes, nous rencontrons des pensionnaires à la veille de passer leurs examens pour le brevet ou venant de subir leurs épreuves. Les professeurs, infirmes et contrefaits pour la plupart, sont sortis de ces mêmes classes et jouissent de leurs certificats d'études. Parmi eux, nous retrouvons, muni d'un bras et d'une main en bois articulés, l'enfant de la scierie mécanique ayant eu le bras coupé à l'âge de 12 ans dont il a été question en commençant. Il professe l'écriture et le dessin, et ses talents sont tout à fait remarquables. Sa physionomie indique la conscience qu'il en a et la satisfaction qu'il en éprouve, et l'être que nous considérions tout à l'heure comme inutile et voué au rebut, jouit ainsi maintenant, à l'âge de 29 ans, d'une situation enviable par un grand nombre d'hommes valides. Contentons-nous, messieurs, de saluer en passant le génie de l'assistance privée, témoigné d'une façon aussi éclatante par cet infirme qui, pour ainsi dire, ne l'est plus, et réservons-nous de tirer plus tard les conclusions qu'il convient de semblables constatations.

Ce professeur émérite, ainsi que ses collègues, enseignent maintenant par les méthodes qui les ont formés eux-mêmes, et avec d'autant plus d'adresse et de patience qu'ils se souviennent de ce qui leur a le mieux et le plus vite appris, de ce qui leur a le plus coûté, de la difficulté vaincue. Cette solidarité dans l'épreuve, dans l'infortune, ce procédé de l'assistance de l'infirme par l'infirme, nous le retrouvons érigé en principe et habilement pratiqué dans tout l'établissement, dans tous les services, pour tous les besoins. Il est même un des côtés les plus saisissants de la question, comme je l'ai déjà dit et comme j'aurai peut-être encore l'occasion de le répéter, car dans ce rapprochement des misères, dans cette mutualité du secours, il y a non seulement un ingénieux parti tiré de la misère pour la misère, mais encore un effet moral obtenu incomparable en l'espèce, je veux dire, par la mise de l'infortune en contact exclusif avec l'infortune, l'évitement pour celle-ci de tout ce qui pourrait lui suggérer habituellement, par une comparaison humiliante et décevante, une pensée trop lourde de tristesse, de regret et de découragement!...

Nous passons ensuite dans les ateliers : ceux-ci regardent les classes, érigées de l'autre côté du quadrilatère sur une ligne parallèle. Dans une première salle sont des tailleurs de tout âge et de toute qualité, presque tous privés partiellement ou complètement de l'usage de leurs jambes. Ils fabriquent le neuf et font les raccommodages pour l'entretien des pensionnaires. Dans une autre salle, des cordonniers, atteints également de diverses infirmités dans les membres inférieurs, assurent, à leur tour, les fournitures et les réparations de chaussures nécessaires au personnel. Puis vient un atelier de copie dans lequel des jeunes gens transforment en caractères d'aveugles les ouvrages classiques ou de musique des clairvoyants et réciproquement; — cet atelier, des moins importants par le nombre, exige une certaine habileté et, malgré cela, on y voit employés des enfants dont l'infirmité est si grave qu'il semblerait, à première vue, impossible de tirer d'eux une telle ressource. Cet atelier produit annuellement de 4.000 à 5.000 francs de bénéfices.

L'atelier de reliure, qui fait suite, comporte un plus grand nombre d'ouvriers; nous y apercevons de toutes les catégories d'infirmes, même des manchots ou des hémiplégiques dont les

membres sont atrophiés, inertes ou raccourcis; et nous sortons de ces divers ateliers pour entrer dans le quartier des paralytiques, avec l'impression d'avoir vu des ouvriers consommés, se servant de leurs membres infirmes ou de fragments de membres avec une dextérité sans pareille, appliqués à leur tâche, de bonne humeur, et produisant des travaux de réelle importance. Renseignements pris, ces ouvriers ne touchent pas un salaire fixe, mais ils reçoivent, en raison du zèle apporté à l'exécution de leur besogne, des gratifications plus ou moins élevées, qui, mises en réserve au gré des bénéficiaires, constituent pour quelques-uns de véritables épargnes, lesquelles jointes au métier qu'ils possèdent les mettent, au moment de leur sortie de l'asile, à peu près sûrement à l'abri du besoin.

*
* *

Pour ne pas abuser de votre attention nous ne ferons que jeter rapidement les yeux en passant sur le quartier des paralytiques et l'infirmerie. Nous remarquons dans le premier de ces deux quartiers, sur une plate-forme en terrasse desservant à la fois dortoir, réfectoire et salle de jeux, un assemblage de misères inconcevables pour qui ne les a pas vues. C'est, par exemple, un homme de 32 ans qui a des moustaches, avec une taille de 1 m. 20 et l'intelligence d'un enfant de 5 ans; il s'amuse avec un enfant de ce dernier âge, lequel n'a qu'un torse, rivé dans un chariot, et fait appel au concours de l'idiot pour rouler dans son méchant véhicule à deux roues. C'est encore un garçon dont la figure toute sanguinolente est entièrement dévorée par un lupus et n'a plus forme humaine. Il fait horreur et l'on est tout surpris de le voir en compagnie d'autres camarades qui, non seulement ne paraissent pas souffrir de son infirmité, mais encore semblent heureux de se tenir près de lui, le secours de ses bras leur étant indispensable pour se mouvoir dans leurs chariots où ils sont emprisonnés et immobilisés comme des mannequins; et l'échange de services entre ces malheureux rend de la gaîté aux uns, du mouvement aux autres, de telle sorte que tout en se trouvant au milieu de paralytiques, on a le sentiment d'être au sein d'une ruche animée, bourdonnante, dont l'aspect n'a rien de désolé et dont le coup d'œil, tout au contraire, inspire les pensées les plus consolantes. Vous avez re-

connu, dans l'enfant au lupus, le cancéreux du début de ce commentaire; il n'est plus l'être délaissé et repoussant pour lequel nous le tenions il n'y a qu'un moment: le voici en possession d'une place de choix, d'un emploi utile : il est toléré, même recherché pour les secours qu'il fournit, et le fait d'avoir associé sa misère à d'autres misères plus difficiles à supporter, lui a rendu son sort moins dur et plus tolérable; — il doit cela à l'initiative intelligente et dévouée, qui a su constituer en société ceux dont la société ne voulait plus.

Gagnant l'infirmerie nous y apercevons, dans des lits confortables, alignés sur deux rangs, à droite et à gauche d'une vaste salle de forme allongée, toute remplie de jour et de lumière, de pauvres enfants plus déprimés, plus souffrants encore que les précédents. Cette partie de l'établissement égale la salle d'hôpital la mieux tenue et la mieux desservie, mais n'offre rien de particulier sauf toutefois ce privilège, pour les enfants qui y sont traités, de recevoir les soins dont ils ont besoin et qui, la plupart du temps, sont très délicats, des mains qui, s'en étant fait par la pratique constante une sorte de spécialité, les leur prodiguent avec une adresse et une exactitude qui se retrouveraient difficilement ailleurs.

*
* *

Après avoir parcouru ces divers quartiers sans omettre les nombreux et vastes dortoirs qui y sont affectés respectivement, nous arrivons à une grande salle, genre hall, d'où s'échappent des sons harmonieux et retentissants. C'est la salle des répétitions de musique! 50 aveugles réunis à même nombre de clairvoyants forment là un orchestre complet et exercé qui, chaque jour, déchiffre, étudie et perfectionne des morceaux de musique de tous genres. Rien de plus surprenant et de plus satisfaisant que ce résultat auquel ont abouti par des efforts prodigieux de patience, un enseignement habile composé de procédés perfectionnés et divers, de véritables maîtres en leur art, doués d'autant de vertu que de savoir.

Faisant part à l'excellent Supérieur de notre admiration, il nous répond ceci : « La musique compte parmi les plus actifs et les plus utiles moyens d'éducation de nos infirmes et de nos aveugles en particulier. Elle est en même temps un agent moralisateur; elle

occupe agréablement le temps de nos enfants, charme leurs loisirs, égaye leur mélancolie, augmente la somme de leurs idées, alimente leurs conversations et leur fournit un moyen d'existence rémunérateur. Aussi avons-nous jugé utile de développer beaucoup ce côté de notre branche « éducation », et l'expérience faite tous les jours nous démontre que les sacrifices consentis portent des fruits abondants. »

Nous observons, en effet, que nous sommes dans la partie principale d'une série de locaux affectés aux aveugles et que les leçons de musique absorbent un bon nombre de ces locaux. C'est dire que les aveugles représentent un contingent important parmi les pensionnaires de l'asile ; ils sont, autant et plus que les clairvoyants, soumis à l'obligation du travail, et cela pour leur plus grand bien physique et moral ! Ils l'acceptent d'ailleurs volontiers, témoignent, en écoutant les leçons qui leur sont données, d'amour-propre, de ténacité, de désir de se perfectionner, et arrivent ainsi à acquérir une éducation souvent complète, ou, si incomplète, tellement parfaite sur le point spécial et limité où ils ont été seulement aptes à la recevoir, qu'ils parviennent ainsi à se rendre capables de remplir des fonctions lucratives et de gagner leur vie, mieux même souvent que des ouvriers ordinaires. Quelques-uns ont pu, grâce à cette situation privilégiée, fonder une famille et subvenir honorablement à ses besoins. Tous sortent de l'asile transformés, c'est-à-dire n'étant plus des hommes déchus moralement et physiquement, mais des hommes de caractère, ayant repris rang dans la société, réhabilités en quelque sorte à leurs propres yeux ; et, tant en raison de ce sentiment que des ressources procurées par l'instruction reçue, encouragés à vivre et à bien vivre.

En résumé, la statistique du mouvement du personnel fait ressortir pour la dernière année de 1899 que, sur 66 enfants manquant au recensement du 31 décembre, dont 6 décédés, 48 ont pu être placés soit par leurs familles, soit par l'asile dans des ateliers ou autres endroits, où le pain et un avenir sortable leur sont assurés. Voilà, messieurs, n'est-il pas vrai, des faits qui contrôlent suffisamment les affirmations qui viennent d'être produites.

Ajoutons à ces renseignements que l'établissement de la rue Lecourbe est doublé d'un sanatorium au Croisic, où sont traités les enfants reconnus immédiatement curables par l'air de mer ou

susceptibles d'être améliorés par ce régime en vue d'une opération à subir ultérieurement pour leur guérison presque certaine; que, sur 92 enfants envoyés au sanatorium en 1899, 24 sont revenus guéris radicalement, et 14 sont dans un état de santé tellement amélioré qu'ils ont pu supporter des opérations effectuées pour la plupart avec succès, et vous serez fixés, d'une façon à peu près complète et exacte, sur l'Œuvre des jeunes garçons infirmes et pauvres des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, sur son objet, ses moyens et ses résultats.

*
* *

Et maintenant que vous avez pu, au cours de cet exposé, de cette visite faite ensemble rapidement au 223 de la rue Lecourbe, vous faire une idée générale de la manière dont il convient de concevoir l'infirme, de sa situation sociale, de son droit incontestable à l'assistance, des résultats merveilleux que l'humanité charitable a d'ores et déjà obtenus en l'assistant: qu'allons-nous conclure? sinon que ceux qui ont fait une entreprise semblable à celle des Frères de Saint-Jean-de-Dieu sont dignes de l'admiration universelle, que leur dévouement est au-dessus de toute louange, qu'aucune récompense, qu'aucun encouragement, si conséquent fût-il, ne saurait être à la hauteur de l'acte héroïque accompli et de ses effets surprenants; et combien serons-nous plus encore confirmés dans cette pensée, si nous considérons ce que représente, pécuniairement parlant, l'effort d'assistance tenté par l'Œuvre des jeunes garçons infirmes et pauvres, les ressources dont elle dispose pour parer aux frais qui lui incombent, les subsides et les appuis financiers dont elle est gratifiée pour son entretien et son extension.

Les frais s'élèvent en moyenne à 250.000 francs par an, et en regard je ne relève, comme recettes, que les sommes suivantes à peu près assurées chaque année.

	fr.
Pensions	20.000
Dons et fondations	90.000
Vente de charité	20.000
Quête à domicile	60.000
Travail des ateliers	10.000
Au total	200.000

Et encore, la rentrée d'une grande partie de ces sommes ne s'opère-t-elle qu'au prix de démarches pénibles et fatigantes, réitérées. De subvention fixe et pour somme suffisante, l'Œuvre n'en reçoit pas de l'État ; et cependant la tâche accomplie est-elle assez belle ! les résultats sont-ils assez probants ! La satisfaction éprouvée par l'État d'être ainsi suppléé dans un de ses devoirs, qu'il ne peut ou point du tout ou qu'imparfaitement remplir, ne devrait-elle pas être assez grande pour le déterminer à inscrire annuellement à son budget l'Œuvre qui se substitue aussi volontairement à lui avec tant de désintéressement ? Il me le semble, et malgré tout, cela n'est pas ! L'Œuvre de la rue Lacourbe n'est même pas l'objet d'un dégrèvement d'impôts : le billard qui sert à tirer du spleen le malheureux incurable paye taxe à l'État, tout comme celui que fréquentent les habitués du tripot, du marchand de vin. En vérité, le traitement est un peu dur et la prime attribuée au dévouement privé, d'un ordre si rare et si exceptionnel, par trop absente !

Aussi quand on se trouve en présence d'un cas comme celui-ci, où l'assistance publique doit se déclarer impuissante parce qu'elle ne trouverait pas dans ses employés les ressources de dévouement et d'abnégation, disons le mot, d'élévation surnaturelle de pensées et de volonté nécessaires pour accomplir la tâche, et où l'assistance privée s'offre pour la remplacer, justifiant par ses actes et leurs résultats la hardiesse de son initiative et l'importance de ses bienfaits, comment ne pas être attristé en voyant l'État demeurer presque étranger aux efforts de l'assistance privée, au lieu de se montrer en quelque sorte son assureur, ce qu'il pourrait faire en lui garantissant, sinon totalement, du moins partiellement la conservation de son œuvre et le développement de celle-ci.

J'ai cru qu'il m'était permis de terminer cette étude en émettant ce vœu ; il semble, en effet, quand on a vu ce qui est si admirablement fait, ce qui reste à faire et ce qui pourrait être fait, que ce soit là le cri du cœur qui réunisse le mieux à l'éloge mérité par le bien réalisé, l'espérance conçue pour le bien à venir.

ASSISTANCE AUX CANCÉREUSES PAUVRES ORGANISÉE PAR LA BIENFAISANCE PRIVÉE

XVI. — Mémoire
de l'Œuvre des DAMES DU CALVAIRE.

En jetant un coup d'œil sur le siècle qui finit, et en y admirant les merveilles accomplies par le génie de l'homme sous la conduite de Dieu, il est bon de constater que notre temps, si fécond en découvertes et en progrès de tous genres, mérite aussi d'être appelé l'âge d'or de la charité.

A aucune époque on n'a vu les heureux de ce monde donner aux pauvres dans une si large mesure, non seulement le trop-plein de leur bourse, mais encore une part de leur temps, de leur intelligence, de leur cœur, de leur vie. Plus que jamais l'homme a trouvé dans les inspirations de sa foi et de sa charité des secrets divins pour adoucir les plus cruelles épreuves de la vie. L'*Œuvre des Dames du Calvaire* a contribué pour une part que nous estimons très importante à ce mouvement de la charité catholique au XIXe siècle, en atteignant un genre de misère qui jusqu'alors n'avait pas de refuge.

Elle fait plus, car son action est double:

1° Elle adopte les incurables; et, ne pouvant les guérir, elle les soulage, elle les console, et donne à leurs derniers jours ce qui souvent a manqué à toute leur vie: le bonheur très doux de se sentir aimées.

2° Elle met à la portée des femmes du monde devenues veuves les actes de charité effective auxquels jusqu'ici il ne leur était guère possible de participer.

Les hospices du Calvaire réunissent les plus grandes douleurs de la vie: le deuil inconsolable de la vraie veuve, la souffrance inguérissable de la cancéreuse; et, de ces douleurs, unies par la charité et la reconnaissance, naissent la résignation, la paix et des joies inconnues aux plus favorisés de la terre.

L'œuvre a été fondée à Lyon en 1842. C'est en face d'une lépreuse abandonnée de tous et se tordant sur un grabat infect que Mme veuve Garnier en eut la première pensée.

Son exemple fut suivi par Mme Jousset, veuve de l'imprimeur qui a laissé un haut renom dans le monde de la typographie. Aidée de quelques femmes distinguées qui venaient d'être frappées aussi par la grande épreuve du veuvage, Mme Jousset fonda en 1874, à Paris, la seconde maison du Calvaire.

L'hospice naissant s'établit dans une petite maison de la rue Léontine, à Javel, et commença par recevoir 3 malades du quartier. Au bout de quinze jours les 6 lits de l'unique salle étaient remplis; quelques mois plus tard on organisa une seconde salle qui permit d'abriter 12 incurables.

En 1880, le Calvaire, qu'on commençait à connaître et à aimer, put s'installer dans un vaste local (1) que quelques hommes charitables avaient fait spécialement aménager pour les besoins de l'œuvre. Ce nouvel hospice contenait alors un grand dortoir de 21 lits, puis une chapelle, quelques chambres destinées aux dames résidantes et aux filles auxiliaires, avec les pièces indispensables au service de la maison.

En 1889, une nouvelle construction permit d'ouvrir un second dortoir et de doubler le nombre des malades admises.

Mais ces 42 lits sont bien insuffisants; car, sans en laisser jamais de vacants, l'œuvre ne peut guère recevoir que le tiers des malades qui lui sont recommandées et qui se trouveraient dans les conditions voulues pour être admises.

---

(1) Rue Lourmel, 55, à Grenelle.

Les registres portent :

En 1897.....	134	malades recommandées.
	57	entrées.
— 1898.....	125	malades recommandées.
	49	entrées.
— 1899.....	153	malades recommandées.
	57	entrées.

Depuis 25 ans l'œuvre a reçu 930 incurables arrachées pour la plupart au désespoir; car ces malheureuses, repoussées de leurs familles, où elles sont un objet d'horreur, ne peuvent être gardées dans les hôpitaux parce que la science est impuissante à les guérir.

Le règlement de l'association est conçu dans un esprit très large et n'a pas varié depuis qu'il fut mis en vigueur par la fondatrice.

L'œuvre se compose :

1° De dames veuves *sociétaires-résidantes* qui habitent l'hospice où elles se consacrent au soin des malades et au gouvernement de la maison. Elles sont aidées dans leur mission par des *filles auxiliaires* dont le dévouement est gratuit;

2° De dames veuves *agrégées* qui viennent à l'hospice pour panser les incurables;

3° De dames veuves *zélatrices* qui quêtent pour accroître les ressources nécessaires au traitement des malades et à l'entretien de la maison;

4° D'*associées* qui versent une cotisation annuelle dont le minimum est fixé à 20 francs.

L'œuvre repose entièrement sur des veuves. Elle a une organisation tout à fait spéciale et que nous croyons unique en son genre.

Un article des statuts dit expressément :

« Les dames sociétaires ne forment point une société religieuse. L'association n'exige de ses membres aucun vœu, ni perpétuel ni temporaire. On peut en faire partie sans renoncer entièrement à sa famille, à ses biens, à sa liberté. » C'est là l'originalité de l'œuvre et sa force.

On peut la définir : Une association de femmes du monde devenues veuves et ayant une position indépendante, qui se dévouent

librement au service des incurables, dans la mesure où ce dévoûment peut s'allier avec leurs devoirs de famille ou de société. De là les différents degrés dans la participation au bien accompli par l'œuvre.

Pour la veuve entièrement libre, le Calvaire peut devenir une nouvelle famille; il donne alors un but sérieux et un intérêt puissant à sa vie qui, dans le monde, serait le plus souvent triste et inutile.

Le dévoûment de la Dame du Calvaire est plus que désintéressé, car elle achète le droit de soigner les malades et de participer aux travaux de l'hospice en payant une pension qui annule sa dépense dans la maison.

Sans renoncer complètement à ses relations du dehors, elle doit franchement consacrer sa vie aux incurables qu'elle adopte pour enfants; elle panse leurs plaies, fait elle-même leur toilette, préside à leurs repas, les sert de ses mains, les console par de bonnes paroles, les occupe à de petits travaux faciles, les distrait par d'intéressantes lectures, etc. Jusqu'aux heures de l'agonie elle veille sur ces pauvres femmes qui presque toutes meurent doucement avec l'espérance des compensations qu'on leur a fait découvrir au delà du tombeau.

Les veuves que des devoirs de famille retiennent encore à leur foyer peuvent cependant participer aux différents travaux de l'hospice, principalement aux pansements des incurables qui se font deux fois par jour. Nombreuses sont les femmes du monde qui viennent ainsi apporter leurs soins intelligents à nos pauvres malades et apprendre près d'elles le courage et la résignation . . . . ; sous le tablier blanc de la panseuse se cachent bien des noms illustres dans la politique, dans la littérature ou dans l'armée ; et ces noms que la France salue avec respect se mêlent au Calvaire avec les noms honorables de familles plus modestes. Cette charité qui, de tous les degrés de l'échelle sociale, sait s'incliner vers la souffrance du pauvre, a une puissance merveilleuse sur le cœur des malades.

En voici un exemple entre beaucoup d'autres : Une femme jeune encore, fort intelligente, mais imbue de tous les préjugés de la classe pauvre contre ceux qui possèdent, fut admise au Calvaire pour un cancer qui lui dévorait la poitrine.

En entrant au dortoir elle s'écria : « Quel bonheur, il n'y a pas de

religieuses ici ! ». Il ne lui fallut pas longtemps pour apprécier les soins qu'elle recevait; pourtant elle en était plus intriguée que reconnaissante, elle restait méfiante et sceptique.

Un jour elle voulut savoir le nom de sa panseuse et se fit nommer plusieurs autres dames qu'elle avait vues à l'œuvre .... Elle eut un instant de stupéfaction, puis dit en sanglotant : « Alors c'est ça des riches ! Et l'on dit qu'ils sont si durs et si méchants pour les pauvres gens !... Ah ! ceux qui les maudissent ne les connaissent pas! ».

Et depuis ce jour le cœur de la malheureuse s'ouvrit à la confiance. Elle crut d'abord à la charité et l'on n'eut pas à lui dire que Dieu seul peut l'inspirer. L'incurable voulut devenir chrétienne et mourut consolée.

2° L'œuvre des Dames du Calvaire n'est pas une œuvre économique. On n'y calcule pas le prix de revient de la journée des malades ; mais tout y est ordonné avec sagesse, afin de tirer le meilleur parti possible des dons de la charité. La direction s'efforce par une activité incessante de multiplier les ressources ; chaque dame apporte dans l'emploi qui lui est confié le zèle et l'ordre qui permettent toujours de devenir généreux, et nos pauvres incurables reçoivent en tous points beaucoup plus que le nécessaire. Leurs dortoirs vastes et clairs sont d'une propreté éclatante; une large part de jardin leur est réservée. De la pharmacie comme de la cuisine, de la lingerie comme de la bibliothèque, leur arrivent chaque jour mille douceurs qu'elles apprécient beaucoup et qui leur font oublier pour quelques instants leurs atroces souffrances.

Surtout, les « libres panseuses » apportent du dehors de nouvelles surprises et sont ingénieuses à varier les petits régals que ramènent toutes les fêtes.... Si parfois quelque malade se plaint que « le poulet est trop gras, le gâteau trop sucré », toutes sont fières d'avoir dans le souvenir de leurs bienfaitrices absentes une place assez grande pour que fleurs et fruits arrivent à leur adresse et qu'au jour de Pâques quarante-deux bouquets de Nice viennent mêler un sourire de printemps aux *alleluias* de la grande solennité chrétienne.

Les admissions de malades à la maison des Dames du Calvaire sont gratuites et définitives.

Les seules conditions exigibles sont une maladie incurable avec plaies vives nécessitant des pansements, et les titres les meilleurs,

les degrés les plus profonds de misère et d'abandon. Les cancéreuses pauvres, de nationalités étrangères et à quelque religion qu'elles appartiennent, sont reçues d'autant plus facilement que, loin de leur foyer, leur isolement est plus complet. Il se rencontre toujours quelques dames panseuses qui connaissent leur pays et leur langue et qui, en causant avec elles, leur font retrouver au Calvaire un peu de la patrie absente avec les douceurs de la vie de famille dont elles jouissent comme les Françaises.

De tout ce qui précède il est facile de conclure que cette vie de famille est le trait caractéristique de l'œuvre des Dames du Calvaire. Un seul mot peut compléter cette esquisse rapide de sa physionomie vraie: Nos incurables sont heureuses et elles le disent.

Plusieurs dont l'état s'était amélioré jusqu'à leur donner l'illusion d'une guérison possible s'en attristaient, disant qu'elles aimeraient mieux ne jamais guérir que de quitter la maison. D'autres nous ont assuré que leur arrivée parmi nous était le premier bonheur de leur vie.

Voilà de consolantes paroles qui font oublier beaucoup de répugnances et de fatigues; mais l'ambition des Dames du Calvaire est plus haute encore, car elles espèrent qu'en soulageant le pauvre corps condamné, elles atteignent l'âme immortelle, et que pour toutes les malades confiées à leurs soins l'entrée au Calvaire est le gage d'un bonheur qui ne finira jamais.

DES MOYENS DE SECOURIR LA VIEILLESSE SANS QUE L'ORGANISATION DES SECOURS CONSTITUE UNE PRIME A L'IMPRÉVOYANCE.

XVII. — Rapport de M. Georges RONDEL,

Inspecteur général adjoint
des services administratifs au Ministère de l'Intérieur
(Section de l'assistance publique).

Mes collègues de la commission d'organisation du Congrès, en me faisant l'honneur de me demander d'entreprendre la présente étude, n'ont pas entendu introduire devant la deuxième section du Congrès l'ensemble de la question de l'assistance aux vieillards et aux incurables. Cette question, née des nécessités de la civilisation moderne où l'individualisme triomphe avec ses avantages et ses inconvénients, a été traitée à plusieurs reprises par de telles personnes et dans de telles assemblées que, quand bien même j'aurais l'autorité qui me manque pour apporter à son examen une contribution supplémentaire, je ne pourrais rien dire de nouveau sur le fond même du sujet.

Le principe de sa solution fut formulé, dès 1889, par le précédent congrès international de Paris qui approuva unanimement l'obligation de l'assistance publique au regard des personnes placées dans l'impossibilité *physique et définitive* de subvenir par le travail aux besoins de l'existence; son expression concrète est consignée dans les lois ou projets de lois votés ou préparés au cours de ces dernières années, notamment dans le texte du projet de la loi organique d'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables auquel le gou-

vernement français a mis la dernière main il y a déjà de longs mois, et il serait surabondant de rouvrir la discussion sur la plupart de ses détails d'application dont l'exacte mise au point est désormais du ressort de la procédure parlementaire.

L'étude générale de la question est donc achevée et parfaite, autant du moins qu'une chose humaine est susceptible de l'être : tout ce qu'on pourrait y ajouter d'original ne vaudrait pas la simple répétition du vœu que cette amélioration sociale, si impatiemment attendue, soit enfin réalisée. Que dire de plus, sinon que le siècle qui finit se doit à lui-même de ne pas laisser en cette grave matière un héritage de déceptions et de découragements ?

J'ai ainsi accepté d'aborder le sujet dont il s'agit à la condition de n'avoir pas à instituer un nouveau débat sur un sujet que je considère comme épuisé, persuadé que, si le Congrès de 1900 en délibérait encore, le vœu sorti de ses délibérations ne pourrait être que l'expression réitérée du désir universel qu'on aboutisse enfin à la réalisation pratique des vœux anciens ; mais je ne me suis pas dissimulé que ce désir d'aboutir est plus ou moins contrebalancé dans beaucoup d'esprits par la crainte que la solution, malgré tout poursuivie, entraîne des conséquences aussi regrettables que fatales, je veux dire, par la crainte de porter atteinte au développement, si indispensable à l'équilibre de notre société, des idées moralisatrices de prévoyance, de mutualité et d'épargne.

Il serait puéril de vouloir cacher l'hésitation dont furent pris les pouvoirs publics au moment où le projet de loi français se trouva prêt à être déposé sur le bureau des Chambres et je m'empresse de concéder que, le bloc de ce projet étant placé hors de conteste, il reste encore à envisager une inconnue du problème avec soin jusqu'ici réservée, à savoir : les résultats que peut produire la certitude d'être assisté dans la masse des populations travailleuses, chez lesquelles l'atavisme de la lutte pour l'existence a fait éclore des énergies individuelles dont il serait criminel de diminuer maladroitement le précieux ressort. C'est pourquoi je tiens à proclamer ici, sans tarder, le respect profond que m'inspirent les institutions de prévoyance alors même qu'elles n'atteignent pas complètement leur but, me gardant d'appliquer au mouvement mutualiste l'appréciation sévère qu'on me permettra d'avoir des mesures partielles

d'assistance, qui parfois masquent la misère au lieu de la soulager; car si l'intention charitable ne se suffit pas à elle-même, si l'aumône inconsidérée est souvent plus nuisible qu'utile, l'effort accompli en vue de l'épargne et de la mutualité, fût-il resté en apparence à peu près infructueux, constitue néammoins dans tous les cas un profit individuel et un bénéfice social.

Pour élucider pleinement le point de vue exclusif auquel je demande la permission de me tenir, j'ajouterai que j'ai encore dans la mémoire le brillant tournoi qui eut lieu au dernier congrès français d'assistance entre MM. Vermont, de Rouen, et André Lefèvre, de Paris, au sujet des conclusions de M. Paul Strauss, concernant l'assistance obligatoire aux vieillards et aux incurables et que j'en ai conservé l'impression qu'il y avait encore des précisions à rechercher sur le point spécial où le président de la séance continua sagement la discussion, le point de contact des institutions de pure charité avec celles de relèvement de la dignité humaine. Ces précisions, nous avons aujourd'hui l'avantage de les demander à un auditoire international, ce qui est une suprême garantie de l'élévation de doctrine avec laquelle va pouvoir être tranchée cette question particulière qui se greffe sur la question générale de l'assistance aux vieillards et qui paraît complexe n'étant cependant que délicate.

Les termes mêmes employés par le comité d'organisation du Congrès sont d'ailleurs un gage qu'elle restera cantonnée dans le domaine charitable : nous n'avons pas à rechercher ici les moyens d'encourager la prévoyance, mais simplement ceux d'éviter de la paralyser en lui opposant la mise en œuvre d'un principe différent du sien, mais également recommandable; nous n'avons à nous préoccuper que d'une seule hypothèse : celle dans laquelle le législateur, statuant en matière d'assistance, arriverait à faire aux individus bénéficiaires des secours de vieillesse un sort préférable à celui des titulaires de pensions de retraites. La barrière qui limite notre compétence me paraît placée de telle sorte qu'en supposant l'égalité matérielle des situations entre ces divers types d'individus, la supériorité morale restant au prévoyant sur l'assisté, cela suffirait à nous tranquilliser; mais fort heureusement nous sommes en mesure d'exprimer notre opinion sans que la discussion s'égare sur cette étroite plate-forme où elle risquerait de tourner au byzantinisme.

Ceci étant acquis, j'arrive au cœur du débat en spécifiant comment l'administration de l'Assistance publique a pris officiellement position vis-à-vis des institutions de prévoyance.

Au troisième congrès national des sociétés de secours mutuels, de prévoyance et de retraites, réuni à Paris le 9 juin 1889, l'éminent directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, M. Henri Monod, s'exprima au nom du Gouvernement dans les termes suivants : « Vous ne vouliez pas, dit-il aux mutualistes, recevoir des lettres portant cet en-tête *Assistance publique* (1). Comme vous aviez raison et, comme je vous donnais raison ! Vous êtes imbus du vrai sentiment de la mutualité ; celle-ci relève, en effet, la dignité humaine, toujours compromise dans une certaine mesure par l'assistance publique. La prévoyance aura pour résultat, quand elle sera complète, de rendre l'assistance publique inutile. L'assistance est un remède à ces maux hideux qui s'appellent la misère et le paupérisme. La prévoyance supprimera le remède en supprimant le mal. Voilà une joie d'une espèce bien rare que vous pourriez me donner et que j'appellerais la joie du suicide ; car plus vous vous développerez, plus vous étendrez le champ de votre action et plus aussi vous réduirez le domaine de l'assistance publique. Ce n'est certes pas maintenant que l'on peut penser à réduire ce domaine où il y a tant de choses à créer ; mais il est certain que le principe même de la mutualité, c'est d'être hostile à l'assistance publique, non pas parce que vous ne voulez pas vous y associer, mais parce que c'est votre tendance nécessaire et votre fin dernière de la tuer en en supprimant la nécessité. »

La même idée se retrouve dans un article de la *Revue philanthropique*, en date du 10 février 1898, où le même fonctionnaire, traitant à titre privé de l'assistance aux vieillards, répond indirectement à l'objection qui nous occupe : « On dit : Vous allez décourager l'épargne, affaiblir l'esprit de prévoyance ; la prévoyance n'est-elle pas un meilleur instrument social que l'assistance ? Ah ! ce n'est pas moi qui le nie. J'appelle de tous mes vœux un état de choses où la prévoyance sera plus encouragée encore qu'elle ne l'est, sans examiner

(1) M. Henri Monod faisait allusion à l'ancien rattachement à sa Direction du bureau des sociétés de secours mutuels.

si elle aussi ne devrait pas être rendue obligatoire. » Le terrain de la question doit en conséquence être absolument déblayé de la supposition d'une tendance inavouée de l'administration supérieure de l'Assistance publique à vouloir empiéter sur le domaine des institutions de prévoyance en poussant au développement de la matière administrée. Il doit être une bonne fois entendu que l'assistance et la prévoyance s'orientent naturellement vers des pôles contraires, l'une poursuivant un but négatif et l'autre un but positif, la première ayant pour objet la réhabilitation de certaines déchéances physiques ou morales, et la seconde la recherche raisonnée d'un bien-être supérieur, en sorte que celle-là correspond à des efforts d'essence passagère et celle-ci à des efforts d'essence durable dans ce que M. le président de la République définissait récemment « perfectionner l'art de vivre en société ».

Sans doute, il y aura toujours des pauvres et des malheureux et, par suite, des infortunes variées à secourir; mais il est des degrés de dénuement qu'on est en droit d'espérer faire disparaître de l'échelle sociale, et l'histoire des civilisations nous permet de ranger parmi eux celui auquel se place la vieillesse abandonnée.

C'est avec cette ferme confiance dans un avenir meilleur que j'ai réuni les éléments de la présente étude. Aussi, n'ai-je pas manqué de me défier des entraînements qui sont le danger d'une foi robuste et ai-je tenu à procéder avec une rigueur mathématique dans le choix des documents sur lesquels s'appuierait l'application du Congrès.

Pour cela j'ai, grâce aux moyens qu'on a bien voulu mettre à ma disposition, entrepris parallèlement deux enquêtes: l'une en France, l'autre à l'étranger.

L'enquête française a pu être conduite avec une impartialité particulière, en raison de ce que M. le ministre de l'Intérieur a transmis aux préfets les désiderata du Congrès sous le timbre du bureau des sociétés de secours mutuels. Le service intéressé au sens des réponses, celui de l'Assistance publique, est ainsi resté en dehors de ce travail d'enquête et ce sont les représentants des mutualistes qui ont inspiré les rapports préfectoraux dont on trouvera le résumé publié ci-après en annexe. En outre, on s'est abstenu de provoquer par des lettres de rappel des réponses qui, sans être précisément des

actes de complaisance, auraient pu ne pas présenter le même caractère de spontanéité que les vingt-deux rapports de préfets dont il a été fait état, lesquels comprennent tous ceux parvenus à l'Administration centrale entre le 26 mars dernier, date de la circulaire ministérielle, et le 15 juillet courant, date du dépouillement de ses résultats.

Quant à l'enquête étrangère, il y a été procédé par le moyen du questionnaire général adressé à tous nos collègues des divers pays dont l'adhésion avait eu lieu assez tôt pour qu'il y eût espoir de réponses en temps utile. Notez qu'il était précisé dans la lettre d'envoi du questionnaire international que la réponse à chaque question était facultative, de façon à mettre à l'aise ceux de nos correspondants étrangers qui se seraient crus obligés de répondre et qui alors auraient pu risquer des réponses inexactes ou répondre pour la forme en envoyant des renseignements incertains. Ceci explique le petit nombre de réponses. Il convient d'observer, d'autre part, que les auteurs du questionnaire ont eu la discrétion de ne demander à nos collègues de l'étranger que des réponses succinctes (1); cette différence avec les réponses des préfets qui, en général, ont une certaine ampleur a été cause que les renseignements parvenus de l'étranger n'ont pas eu besoin d'être résumés pour être publiés en annexe à la suite de l'analyse des rapports français.

Lorsqu'on a pris de telles précautions à l'effet d'assurer la sincérité de la recherche scientifique, on est fondé, ce semble, à ne pas trop s'inquiéter du parti pris qu'inconsciemment on pourrait avoir *a priori* sur ses conclusions. Or, j'oserai dire que ces précautions n'étaient pas superflues pour l'auteur de ce travail, attendu qu'il avait déjà eu l'occasion depuis quelque temps de se former une opinion d'après des observations personnellement recueillies, tant comme fonctionnaire chargé de contrôler l'exécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite que comme président de plusieurs sociétés rurales de secours mutuels.

Cette opinion, que mes collègues du Congrès ont devinée, est

(1) Il va sans dire que nous serons reconnaissants à nos correspondants étrangers de vouloir bien compléter verbalement leurs réponses dans la mesure où le permettra l'ordre du jour de la séance de section où le présent rapport sera discuté.

unanimement confirmée par l'enquête française et généralement confirmée par l'enquête étrangère; je la précise en disant que le moyen d'organiser l'assistance sans nuire à la prévoyance consiste à appliquer les principes classiques de l'assistance publique, comme l'a fait en France la loi du 15 juillet 1895 sur l'assurance médicale gratuite et comme le gouvernement français est sur le point de proposer de le faire dans le projet qu'il a élaboré pour rendre obligatoire l'assistance aux vieillards que le législateur de 1897 a laissée facultative.

Avant d'expliquer une disposition très importante de ce projet de loi, disposition à l'adoption de laquelle conclut en résumé la présente étude, il me reste à appeler l'attention du Congrès sur la manière dont la double enquête a été dirigée. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte en se reportant aux annexes (pp. 226-241) deux questions seulement ont été posées en France comme à l'étranger: une question préparatoire concernant la répercussion éventuelle des lois d'assistance en exécution sur le mouvement des institutions de prévoyance, et une question d'aboutissement relative aux précautions à prendre pour sauvegarder dans l'avenir les intérêts sacrés de l'épargne. La question préparatoire a assigné à l'enquête un point de départ pratique et indiqué d'abord à nos divers correspondants une base expérimentale pour la solution qu'on leur demandait d'esquisser ensuite. Étant donné ce point de départ pratique qui domine toute l'opération, on ne saurait taxer ses résultats d'optimistes puisqu'il s'agit avant tout de faits dont la vérification est facile et dont la preuve est souvent administrée. Il s'ensuit qu'on peut en tirer les plus sérieux arguments pour justifier surabondamment, en France du moins, la législation d'hier et celle de demain, à tel point que plusieurs administrations préfectorales, bien qu'ignorantes de l'article du projet du Gouvernement à l'exposé duquel j'arrive à l'instant, ont conclu à faire majorer les pensions de retraite dans la proportion de 50 p. 100 qui est précisément la cheville ouvrière de cet article.

On trouvera en annexe le barême explicatif du texte ci-dessous, mais l'importance du document ne nous permet pas de ne point insérer l'article lui-même dans le corps du présent rapport.

« Art. 16. — L'assistance à domicile consiste dans le paiement

d'une allocation mensuelle qui est délivrée aux assistés par la commission communale d'assistance.

« La quotité de l'allocation mensuelle est établie suivant un tarif délibéré par le conseil général qui détermine la somme présumée nécessaire aux besoins de l'existence dans chaque localité. Cette somme ne peut être, en aucun cas, inférieure à 8 francs; si elle est supérieure à 20 francs, la délibération du conseil général est soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur. *Au cas où l'assisté dispose déjà de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources; toutefois, celles provenant d'une pension de retraite que s'est acquise l'assisté n'entrent en décompte que jusqu'à concurrence de moitié* (1).

« La commission communale d'assistance décide, suivant la situation de l'intéressé, si l'allocation doit être remise totalement ou partiellement, soit en argent, soit en nature, en une seule fois ou par fractions. »

Telle est la solution que j'ai l'honneur de proposer au Congrès de préconiser. Elle est simple, comme on le voit; elle se réduit à majorer « sur les fonds d'assistance » la pension d'épargne ou de prévoyance dans l'intérêt commun de l'assisté et du budget de l'assistance. Je m'empresse de passer aux objections qui ont pu lui être opposées, lesquelles se ramènent à deux: 1° la mesure sera si coûteuse qu'elle est inapplicable; 2° elle est si insuffisante qu'elle demeurera inefficace.

Quelles dépenses entraînera cette majoration ? Ce n'est pas le lieu d'entrer dans les calculs détaillés sur les dépenses du projet de loi française sur l'assistance aux vieillards; qu'il me suffise, après avoir fait savoir que, selon toutes probabilités, ces dépenses se

---

(1) L'article 18 du même projet contient pour l'assistance hospitalière une disposition analogue ainsi conçue :

« Toute dépense d'hospitalisation est payée directement au receveur de l'établissement hospitalier.

« *Au cas où l'hospitalisé dispose de certaines ressources personnelles, le service n'est chargé du paiement des prix de journée que déduction faite du montant de ces ressources; toutefois celles provenant d'une pension de retraite que s'est acquise l'hospitalisé n'entrent en déduction que jusqu'à concurrence de moitié.* »

chiffreront par dizaines et non par centaines de millions comme les adversaires de l'obligation se plaisent à le répéter, de dire que, quelque économie qu'on apporte dans la gestion des fonds publics il faut savoir consentir à des sacrifices appréciables si l'on veut faire de la réalité et non de la parade en matière d'encouragement à la prévoyance comme en matière de secours proprement dits. L'exemple de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite prouve que les frais occasionnés par l'assistance obligatoire peuvent très bien, moyennant certaines précautions administratives, ne pas grossir démesurément. Quant à vouloir maintenir le *statu quo* en matière de majoration des pensions de retraite, ce serait s'illusionner gravement sur le fruit que les mutualistes retirent actuellement de ces pensions dont le taux est trop souvent inférieur au coût de l'existence la plus modeste. Assurément, il est d'une extrême imprudence de faire, à un moment donné, la situation des assistés supérieure à celle des mutualistes, mais la faute ne provient pas à l'organisation de l'assistance publique, elle vient du côté de l'organisation mutualiste quand on a en face de soi un individu prévoyant qui n'arrive pas à se créer une rente viagère supérieure à 100, à 50, parfois même à 30 francs.

D'autre part, de bons esprits objectent que la prévoyance sera atteinte dans sa source quand l'individu jeune et valide aura la certitude absolue d'être, quoi qu'il arrive, à l'abri du besoin dans sa vieillesse. Cette objection capitale est certes inquiétante; mais, à la réflexion, on arrive vite à la réfuter par l'absurde. Comment! malgré les progrès de l'éducation populaire, l'état mental de la majorité des Français serait encore si rudimentaire que la plupart des individus ne se livreraient au travail que pour s'assurer, en toute éventualité, la satisfaction du minimum de besoins que nous voudrions assurer à tout être humain! La *duris urgens in rebus egestas* doit, on me l'accordera, s'entendre d'une façon autrement large, car elle a surtout son application dans la recherche des satisfactions dont l'individu qui s'entête au travail pourrait à la rigueur se passer; ne sommes-nous pas témoins journellement de l'activité déployée par des personnes qui pourraient vivre tranquillement dans une oisive médiocrité; et le surmenage physique est-il l'apanage exclusif des prolétaires? En d'autres termes, quel penseur osera soutenir que la

masse des travailleurs ne peinerait plus le jour où elle serait sûre de ne pas mourir de faim ? L'énergie de l'homme civilisé est heureusement fondée sur des exigences supérieures à l'instinct de la bête. sans compter que l'expérience nous montre bien souvent l'homme faisant passer, avant la satisfaction de ses besoins, la satisfaction de certains vices, généralement autres que le vice de paresse.

Au surplus, une remarque qui se retrouve dans diverses réponses à l'enquête et que je considère comme le nœud de la question est que la catégorie fournie par les individus prévoyants et économes est intrinsèquement différente de celle qui forme la clientèle ordinaire de l'assistance publique. Là où les lois nouvelles d'assistance ont occasionné des défections dans le camp des mutualistes c'est qu'il s'y était glissé des éléments étrangers à l'esprit de mutualité, et dont l'élimination n'a pu qu'épurer les sociétés d'épargne et de prévoyance.

Il ne faudrait pas toutefois exagérer cette explication optimiste car il existe assez d'individus sur la limite des deux catégories pour qu'il y ait un intérêt social considérable à les faire pencher en faveur de la mutualité ; c'est pour tenir compte de ce grand nombre d'hésitants qu'il importe de favoriser l'épargne d'une manière tangible par des majorations appropriées et que, malgré l'incontestable caractère de secours que revêt en définitive toute allocation prélevée sur le fonds commun de la collectivité, on est conduit à approuver, à recommander même, la coutume de décorer d'un titre moins dégradant pour leurs bénéficiaires celles qui vont à des individus faisant quelques efforts pour ne pas tendre la main à l'aumône publique ou privée.

La pratique administrative de l'assistance publique offre plus d'un exemple de ces précautions destinées à différencier le demi-indigent de l'indigent véritable ; j'en citerai un pour terminer, il se trouve dans le nouveau règlement-modèle des hôpitaux et hospices, dont voici le texte et le commentaire in extenso :

Pour être admis ou maintenus dans l'hospice, les vieillards ou incurables qui jouissent d'un revenu quelconque, mais insuffisant pour pouvoir se passer des secours de l'assistance publique, seront tenus de faire l'abandon de ce revenu au profit des établissements.

Dans ce cas, il devra leur être alloué mensuellement quelques sommes modiques pour leurs besoins personnels.

Les hospitalisés auxquels se réfère l'article 41 sont ceux qui jouissent d'un revenu provenant souvent d'une pension de retraite, insuffisant pour leur permettre de vivre sans l'aide de l'assistance publique, et qui, pour cela, ont été admis à l'hospice, non point comme payants, mais à titre gratuit.

Il ne s'agit pas ici des vieillards ou incurables dont les revenus excéderaient notablement le prix de pension fixé à l'article précédent, ces derniers sont des pensionnaires payants et ils n'ont évidemment à faire abandon de leur revenu que jusqu'à concurrence du montant de la pension.

Vous remarquerez, dit le ministre aux préfets, que, pour tous les hospitalisés dont le revenu est inférieur au prix de pension réglementaire, une partie de ce revenu *doit* être remis à leur disposition en vue de menues dépenses.

Aucune proportion n'est, à cet égard, fixée par le nouveau règlement. Les sections du Conseil supérieur de l'assistance publique avaient inscrit dans le texte une proportion d'un cinquième. En séance générale on proposa de laisser à cette catégorie d'assistés, soit quatre cinquièmes de leur revenu, soit, à l'instar de ce qui se pratique à Lyon, une somme minima de cent francs par an; au-dessous de cent francs on laissait la totalité.

Le conseil n'accepta aucune de ces propositions. Il lui parut que c'était avant tout une question d'espèce, que la commission administrative seule pouvait avoir les éléments d'une décision éclairée, dans laquelle elle tiendrait compte à chacun de son genre d'existence, de sa situation de famille, de ses véritables besoins. Le principe d'une allocation est d'ailleurs formellement consacré par l'article, où le mot *devra* a remplacé le mot *pourra* qui se trouvait dans le règlement de 1840.

Cette solution en entraîne une autre. Quand un vieillard admissible à l'hospice se trouvera posséder un revenu correspondant exactement au chiffre de la pension minima demandée aux payants, on devra lui faire remise d'une petite fraction de cette somme pour servir à ses menues dépenses, sans quoi la situation de celui-ci pourrait être inférieure à celle obtenue par un hospitalisé possédant un revenu moindre que le sien. D'une manière générale, la portion de revenu restituée devra varier en raison inverse de l'importance de ce revenu sans préjudice des autres éléments d'appréciation que je viens d'indiquer.

Les commissions administratives apporteront certainement dans l'application de cet article un large esprit d'humanité, préoccupées de rendre le plus doux possible les derniers jours des malheureux qu'elles recueillent. Je leur recommande de se montrer particulièrement généreuses envers ceux dont les ressources personnelles consistent en une pension de retraite qu'ils se sont acquise à eux-mêmes. *La situation d'un vieillard qui a fait au cours de sa vie acte de prévoyance, lors même que les circonstances auraient réduit à peu de chose le produit de ses efforts, doit toujours être supérieure à celle de l'indigent.*

Comme conclusion du présent travail votre rapporteur a l'honneur de proposer à la deuxième section du Congrès d'émettre les vœux suivants :

1° *Que dans l'application des lois existantes et dans la préparation des projets de loi destinés à assurer l'assistance aux vieillards et aux incurables on s'efforce de maintenir aux bénéficiaires de la loi d'assistance qui se sont acquis par la prévoyance certaines ressources, permettant de ne leur procurer qu'une assistance partielle, une situation matérielle et morale supérieure à celle des simples assistés.*

2° *Que lorsque l'assistance doit être donnée sous la forme de secours viagers il soit institué des pensions mixtes d'assistance et de prévoyance en faveur des individus qui se seront acquis par l'épargne une rente n'atteignant pas le double du secours normal d'assistance, et sans que le budget des pauvres fournisse jamais, pour la constitution de ces pensions, une somme ni supérieure ni même égale à celle qui lui aurait été demandée si l'individu n'avait pas fait acte de prévoyance.*

Ces vœux qui correspondent, ainsi que je l'ai indiqué ci-dessus, à des dispositions de projet de loi organique française sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, ne réaliseront certes pas entièrement l'idéal qu'il serait souhaitable de pouvoir atteindre. Si c'est justice que ceux qui n'ont pas voulu être prévoyants ne puissent compter pour leurs vieux jours que sur le strict nécessaire — ici, un franc par jour de secours, là, seulement 50 ou 25 centimes — il est dur d'assimiler aux gens incapables ou de mauvaise volonté les victimes d'infortunes industrielles ou commerciales, et surtout ceux qui n'ont pas été à même d'épargner parce qu'ils ont eu à élever une nombreuse famille.... Mais le simple bon sens commande de ne pas poursuivre en même temps la solution de toutes les questions de ce genre. Encore une fois, l'assistance publique ne saurait prétendre à la mission de renouveler la société. Elle n'a pas à résoudre ni même à élucider les problèmes comme celui du salaire familial qui sont du ressort de la sociologie générale ; elle joue, dans la mêlée, le rôle d'ambulancière ; elle relève les blessés et laisse à d'autres, le soin de récompenser le mérite.

Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la doctrine française a été magistralement établie dans les rapports que fit à nos premières assemblées nationales le célèbre comité dit de la mendicité par l'organe du duc de La Rochefoulcauld-Liancourt; voici ce que disait celui-ci il y a exactement cent dix ans, le 15 juillet 1790 :

« Le législateur continuellement placé entre la crainte de ne donner qu'une assistance incomplète et de laisser ainsi des malheureux ou sans secours, ou sans la masse des secours qui leur est nécessaire, et la crainte d'accroître par une assistance trop entière le nombre de ceux qui voudraient être assistés, et, par conséquent, l'oisiveté et la fainéantise, doit éviter soigneusement ces deux écueils. Ils se touchent de bien près. Insuffisance de secours, c'est cruauté, barbarie, manquement essentiel aux devoirs les plus sacrés. Assistance superflue, c'est destruction des mœurs, de l'amour du travail, c'est désordre, c'est injustice enfin, puisque c'est emploi des fonds publics par delà l'exacte nécessité. »

Au surplus, sur les pas de l'assistance publique marche sa sœur la bienfaisance privée. Cette dernière, qui, par nature, consulte plus souvent son cœur que sa tête, a incontestablement le droit d'ajouter au minimum d'existence de certains vieillards malheureux des douceurs que lui sembleront justifier des circonstances spéciales dont elle n'a à rendre compte à personne et qui, aussi incertaines que discrètes, ne constitueront jamais une prime à l'imprévoyance.

15 juillet 1900.

P-S. — J'ai reçu, pendant l'impression du présent rapport, un mémoire très intéressant intitulé « Notes concernant la participation d'indigents secourus par l'assistance publique à une caisse d'assurance sur décès, par M. Wuilleumier, directeur de l'Assistance publique à Chaux-de-Fonds. » Ce mémoire, dont je propose l'impression au Recueil des travaux du Congrès, faute de pouvoir en donner ici des extraits suffisants, traite avec autorité et à un point de vue pratique, une question originale.

ANNEXE I

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — BUREAU DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Circulaire du 26 mars 1900.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes à monsieur le préfet de

Le comité d'organisation du Congrès d'assistance et de bienfaisance de 1900 a chargé son secrétaire général adjoint de présenter à ce Congrès une étude sur la question suivante :

« Des moyens de secourir la vieillesse sans que l'organisation des secours constitue une prime à l'imprévoyance. »

J'attacherais du prix à ce qu'il vous fût possible de réunir, dans un délai rapproché, des documents permettant d'appuyer cette étude sur des faits et d'en faciliter les conclusions pratiques.

Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien me transmettre des réponses aux deux questions suivantes :

1° L'exécution de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et celle de l'article 43 de la loi du 29 mars 1897 sur l'assistance aux vieillards et aux incurables ont-elles eu, dans votre département, une répercussion sensible, et dans quel sens, sur le développement des institutions de prévoyance ?

2° Quelles précautions conviendrait-il de prendre, à votre avis, pour que la généralisation des secours aux vieillards et aux incurables pauvres, — notamment la certitude que des individus en état de travailler pourraient avoir d'être assistés en cas d'invalidité définitive, — ne détourne pas ceux-ci de l'épargne ? Par exemple, à quels taux vous semblent devoir être fixées les pensions mutualistes susceptibles d'une majoration sur les fonds d'assistance et quelle devrait être normalement cette majoration ? Il importe en effet, d'une part, que les secours publics correspondent aux nécessités irréductibles de l'existence dans chaque localité, d'autre part, qu'une situation relativement aisée ne soit faite aux assistés qu'à condition que ceux-ci se soient acquis de leur côté quelques ressources par la prévoyance.

Pour le président du Conseil,
ministre de l'Intérieur et des Cultes,
Le conseiller d'État, secrétaire général,
E. Demagny.

ANNEXE II

Réponses a la circulaire du 26 mars 1900

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
Ain	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Aisne	*Idem.*
Allier	*Idem.*
Alpes (Basses-)	La loi sur l'assistance obligatoire aux malades et celle sur l'assistance facultative aux vieillards et aux incurables n'ont exercé jusqu'à présent aucune influence sur le développement des institutions de prévoyance, mais la perspective de leur généralisation fait naître des craintes sérieuses pour l'avenir. Comme remède préventif, le préfet expose deux systèmes qui consisteraient à faire deux catégories d'indigents et à unifier, en les « décentralisant » les services d'assistance et de prévoyance. Il se déclare partisan de l'obligation imposée aux communes et conclut en ce qui concerne les subventions: « La part contributive de l'État doit être en raison inverse des efforts qui incombent aux individus d'abord, aux collectivités ensuite. Agir ainsi ce n'est point décourager l'initiative, c'est l'exciter que lui assurer la réalilisation de cette promesse : *aide-toi, le ciel t'aidera.* »
Alpes (Hautes-)	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Alpes-Maritimes	*Idem.*
Ardèche	*Idem.*
Ardennes	*Idem.*
Ariège	La loi de 1893 a été largement appliquée, mais celle de 1897 très peu. Conclusion : « La généralisation des secours aux vieillards et aux infirmes ne semble pas devoir faire craindre qu'elle ait pour conséquence, dans le département de l'Ariège, de détourner les populations, pour la plupart essentiellement agricoles, très laborieuses

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
Ariège *(suite)*	et ayant peu de besoins à satisfaire, de la prévoyance et de l'épargne. Des exceptions peuvent naturellement se produire, mais sûrement elles sont beaucoup plus rares que dans les grandes villes où de nombreuses raisons peuvent amener l'ouvrier à ne pas épargner. »
Aube	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Aude	*Idem.*
Aveyron	*Idem.*
Bouches-du-Rhône	*Idem.*
Calvados	*Idem.*
Cantal	*Idem.*
Charente	*Idem.*
Charente-Inférieure	Les lois d'assistance n'ont en aucune façon entravé le développement des sociétés de prévoyance. Le préfet fait toutefois remarquer que la loi de 1897 est jusqu'ici peu connue des populations, et il propose comme solution la majoration des pensions mutualistes sur les fonds d'assistance « faite à l'aide de deux subventions calculées, l'une sur le versement mensuel, l'autre sur le chiffre de la pension allouée par la société de secours mutuels. » « Les pensions majorées devraient atteindre 360 francs. »
Cher	Aucune influence sensible jusqu'à présent. La crainte pour l'avenir peut paraître fondée, « mais en dehors de la mutualisation dont la pratique est certainement insuffisante pour produire des résultats absolument fructueux ; à ce sujet « le préfet n'aperçoit « pas de moyens efficaces ». Il suggère cependant, — car il reconnaît la nécessité de l'assistance obligatoire, — de fixer de 150 à 360 francs le minimum d'existence et conclut à peu près comme il suit : J'estime que l'obligation des secours devrait s'appliquer exclusivement à une quotité de pension viagère, afin de porter à ce minimum le montant des ressources sur lesquelles un invalide serait en droit de compter pour subvenir aux besoins de son existence.
Corrèze	Pas de réponse à la date du 15 juillet.

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
Corse	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Côte-d'Or	L'administration préfectorale a fait une enquête près des 217 sociétés de secours mutuels du département et obtenu les réponses de 133, elle en dégage cette conclusion : « La question des secours aux vieillards ne semble pas pouvoir être jugée en l'absence d'obligation légale. La majorité de nos sociétés de secours mutuels n'accordent que des pensions dérisoires ou n'en prévoient aucune, bornant l'assistance à la période de la vie active de leurs adhérents. » « Quant à l'action générale de la loi de 1893 sur la mutualité, les chiffres indiquent plus d'une tendance au développement, cette première application de la solidarité sociale semble, dans notre département, avoir donné une impulsion nouvelle et heureuse à l'application des principes de solidarité locale. »
Côtes-du-Nord	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Creuse	*Idem*.
Dordogne	*Idem*.
Doubs	Les deux lois d'assistance « n'ont causé, dans le département, aucun ralentissement dans la marche ascensionnelle des sociétés de secours mutuels ». Pour l'avenir « la modicité du secours accordé dans le Doubs (120 francs annuellement) ne paraît pas devoir enrayer le mouvement mutualiste, car, si les membres des sociétés de secours mutuels sont, pour la plupart, désireux d'obtenir une pension de retraite, leurs véritables *desiderata* sont l'indemnité journalière et les soins médicaux et pharmaceutiques. » Il conviendrait néanmoins, « pour maintenir dans les populations les excellentes idées des mutualistes, que l'État subventionne plus largement les sociétés de secours mutuels. »
Drôme	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
Eure	L'expérience de l'assistance à domicile a commencé avant la loi de 1897 ; cette loi n'a, en conséquence, eu aucune action sur le développement des institutions de prévoyance. En ce qui touche l'effet de la loi de 1893, le mouvement ascensionnel des sociétés de secours mutuels semble s'être ralenti à cette date, mais il a repris

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
EURE *(suite)*	depuis 1894. « La vraie solution de la question est dans le vote rapide et la mise en vigueur de la loi instituant les retraites ouvrières et astreignant les travailleurs à songer à l'avenir. » Conclusion : « Toutes nos lois d'assistance sont excellentes d'intention et de fait, mais à titre *transitoire*, comme mesures empiriques. » Il est nécessaire qu'une société démocratique fasse tous ses efforts pour atténuer les effets de la misère, mais à condition de travailler à en supprimer les causes, dans la mesure compatible avec la nature humaine.
EURE-ET-LOIR	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
FINISTÈRE	*Idem.*
GARD	*Idem.*
GARONNE (HAUTE-)	*Idem.*
GERS	*Idem.*
GIRONDE	Démonstration par des chiffres, avec tableau à l'appui, que la loi de 1893 n'a nui en rien au développement de la mutualité dans le département. Quant à la loi de 1897, son application a été trop restreinte pour exercer une influence quelconque sur le mouvement général de la prévoyance. « Dans tous les cas, il est indispensable, pour ne pas gêner le développement, si désirable, des associations de retraite, de placer les mutualistes dans une situation privilégiée par rapport aux indigents secourus. Par exemple, si le chiffre du secours alloué à un indigent est fixé à 120 francs, il y aurait lieu, étant donné que le taux minimum d'une pension de mutualiste sera fixé à 27 francs de donner à ce dernier une majoration d'au moins 100 francs... Il y aurait d'ailleurs à étudier un système de majoration décroissante ».
HÉRAULT	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
ILLE-ET-VILAINE	*Idem.*
INDRE	« Les lois du 15 juillet 1893 et du 29 mars 1897 et les lois sur les institutions de prévoyance, loin de se nuire, n'ont fait que se compléter. » L'explication en est la suivante : la clientèle de l'assistance aux vieillards

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
INDRE *(suite)*	qui est la même que celle de l'assistance médicale diffère de celle des sociétés de secours mutuels, ces derniers sont « surtout recrutés parmi les ouvriers ou les gens de métiers ; tous gagnent un salaire quotidien et fixe.., au contraire, figurent sur les listes d'assistance médicale gratuite les malheureux qui n'ont pas de profession bien déterminée, vivant péniblement au jour le jour. Ceux-là sont trop peu assurés du lendemain pour songer à un avenir plus lointain ».
INDRE-ET-LOIRE	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
ISÈRE	« Je ne crois pas, dit le préfet, que les lois précitées aient eu une répercussion quelconque sur le développement des institutions de prévoyance, notamment sur les sociétés de secours mutuels... La généralisation des secours publics n'aura aucune répercussion sur l'extension des sociétés de secours mutuels ni même sur l'épargne individuelle, les secours publics n'étant destinés, en fait, qu'à une catégorie spéciale de la population. » En ce qui concerne les précautions à prendre, il n'en réclamerait volontiers aucune. Il indique les chiffres de 300 et de 600 francs comme minima d'existence suivant les localités et remarque très justement que les assistés qui ne peuvent apporter la justification d'une épargne personnelle ne sont pas forcément des imprévoyants, car la maladie, une nombreuse famille, une ruine commerciale ou industrielle ont pu les mettre dans l'impossibilité d'épargner.
JURA	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
LANDES	*Idem.*
LOIR-ET-CHER	*Idem.*
LOIRE	*Idem.*
LOIRE (HAUTE-)	*Idem.*
LOIRE-INFÉRIEURE	*Idem.*
LOIRET	*Idem.*
LOT	*Idem.*

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
LOT-ET-GARONNE.....	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
LOZÈRE.....	Le rapport constate que *jusqu'à présent* la répercussion n'est pas appréciable, mais exprime de fortes craintes pour l'avenir en voyant croître rapidement les dépenses d'assistance. Comme moyen préventif: subventionner largement les mutualistes et leur permettre de majorer les pensions de prévoyance jusqu'à un taux au moins égal à celui des pensions d'assistance. « Il y a lieu de souhaiter, dit-il en terminant, que le mouvement mutualiste soit puissamment encouragé afin que le bénéfice des lois d'assistance finisse par n'aller qu'aux seuls malheureux qui auraient sans doute *voulu* être prévoyants, mais n'ont *pas pu* l'être. »
MAINE-ET-LOIRE.....	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
MANCHE.....	« La loi sur l'assistance médicale ne constitue pas, jusqu'à présent, un danger sérieux pour le développement de la mutualité. Quant à la loi du 29 mars 1897 sur l'assistance aux vieillards et aux incurables elle n'a pas encore eu d'application dans la Manche. » Les précautions à prendre dans la future législation devraient consister dans la majoration ajoutée par l'assistance publique à la pension déjà acquise par les efforts personnels du secouru et dans le calcul du taux de la pension d'assistance de telle sorte qu'elle correspondrait toujours au minimum de l'existence. Dans le département, où les pensions servies par les sociétés de secours mutuels oscillent entre 40 et 80 francs par an, le préfet évalue le minimum d'existence à 300 francs pour une femme et 350 pour un homme; il suggère en conséquence de faire jouer la majoration jusqu'aux taux de 360 francs (pour les femmes) et 450 francs (pour les hommes).
MARNE.....	L'application des lois de 1893 et 1897 n'a eu « dans le département de la Marne aucune répercussion sur le développement des institutions de prévoyance. Depuis dix ans, en effet, ces associations se sont développées avec une progression constante et sans aucun arrêt... En thèse générale on peut affirmer, en ce qui concerne la population rurale, que la certitude d'être assisté en cas d'invalidité définitive ne détourne pas celle-ci de l'épargne. Il n'en est pas assurément de même de la population des villes qui ne songe pas suffisamment à l'avenir... Le seul remède pratique à cette situation, je ne le vois,

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
MARNE *(suite)*.....	dit le préfet, que dans une loi qui rendrait la prévoyance obligatoire. » En terminant il constate l'insuffisance intrinsèque des pensions d'assistance dont certaines ne dépassent pas 30 francs par an et trouve équitable de majorer sur les fonds d'assistance celles inférieures à 100 francs.
MARNE (HAUTE-).....	« L'exécution de la loi du 15 juillet 1893 n'a pas eu pour conséquence de ralentir dans la Haute-Marne, le développement des institutions de prévoyance. Au contraire... Le service d'assistance aux vieillards infirmes et incurables prévu par l'article 43 de la loi du 29 mars 1897 n'est pas encore organisé dans le départment. » Le préfet estime qu'« en principe et sauf exception à déterminer, celui-là devrait seul être secouru par l'assistance publique (vieillard ou incurable) qui aurait lui-même versé une prime à une société de secours mutuels en prévision du moment où il ne pourrait plus travailler », et que la pension des mutualistes pauvres devrait être majorée sur les fonds d'assistance suivant un taux à fixer pour la détermination duquel « il y aurait lieu de tenir compte notamment des charges de famille supportées par le mutualiste alors qu'il était valide. »
MAYENNE.....	Il ne semble pas que les lois d'assistance aient eu une répercussion appréciable sur les institutions de prévoyance. En ce qui concerne leur généralisation dans l'avenir, il est difficile de prévenir les mauvais effets de leur répercussion probable sur le développement de la mutualité. Étant donné que la moyenne des pensions mutualistes n'est que de 59 francs, il faudrait que l'État les double pour le moins, afin qu'après une période transitoire pendant laquelle la prévoyance serait encore insuffisamment encouragée, on arrive à avoir assez stimulé le sentiment de l'épargne pour qu'il n'y ait plus d'inconvénient à accorder à tout vieillard ou incurable les secours correspondants aux strictes nécessités de la vie et à assister ainsi comme il convient ceux que « le malheur constant de leur condition ou une trop nombreuse famille aurait éloignés de l'épargne. »
MEURTHE-ET-MOSELLE..	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
MEUSE.....	Le rapport préfectoral, après avoir déclaré que, grâce à la sagesse des bureaux d'assistance, les lois de 1893

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
MEUSE *(suite)*.....	et 1897 n'ont eu aucune répercussion défavorable sur le développement des institutions de prévoyance, exprime l'opinion que, pour écarter l'éventualité de répercussion de ce genre, il suffirait de restreindre les secours de vieillesse et d'incurabilité « aux individus invalides et hors d'état de trouver dans le travail les ressources indispensables à l'existence. » Ceci équivaut à dire que la future loi ne comportera aucune restriction si elle est faite d'après les principes du congrès de 1899 et du Conseil supérieur de l'assistance publique qui exigent pour l'obtention des secours publics « l'incapacité physique » de pourvoir aux besoins de la vie.
MORBIHAN.....	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
NIÈVRE.....	*Idem*.
NORD.....	*Idem*.
OISE.....	*Idem*.
ORNE.....	*Idem*.
PAS-DE-CALAIS.....	*Idem*.
PUY-DE-DÔME..	*Idem*.
PYRÉNÉES (BASSES-)....	*Idem*.
PYRÉNÉES (HAUTES-)...	*Idem*.
PYRÉNÉES-ORIENTALES..	« La certitude d'avoir gratuitement les secours médicaux et pharmaceutiques n'a pas empêché le mouvement de mutualité de se développer. » Quant à l'assistance aux vieillards et aux incurables elle n'a pas encore été organisée dans le département à cause du refus des communes de consentir leur part de sacrifices, néanmoins le préfet « ne pense pas que le fait d'accorder une petite pension à des vieillards ou incurables, sous certaines conditions, puisse nuire en quoi que ce soit au développement des institutions de prévoyance. » Il estime « au contraire, que l'ouvrier jeune et valide serait d'autant plus porté » à se préparer une pension de mutualiste que celle-ci serait l'objet d'une majoration; il fixe le taux normal de cette pension à 250 francs par an

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
PYRÉNÉES-ORIENTALES.. (*suite*)	et propose de subordonner la majoration au paiement *par les communes* du minimum de 50 francs.
RHIN (HAUT-)..... (Territoire de Belfort.)	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
RHÔNE.....	*Idem*.
SAÔNE (HAUTE-).....	*Idem*
SAÔNE-ET-LOIRE.....	*Idem*.
SARTHE.....	« Il n'est pas douteux, dit le préfet, que les dispositions législatives survenues n'ont influé en rien sur le mouvement progressif des institutions de prévoyance... Je ne verrais, ajoute-t-il, aucun inconvénient à ce que le taux des majorations de rente viagère fût porté un peu au-dessus du chiffre actuel..; en portant le maximum de 360 à 420 ou 450 francs d'une façon progressive, l'œuvre de mutualité produirait dans la Sarthe tout ce qu'elle peut donner d'effets utiles. » Mais il proteste contre toute assimilation, même partielle, du prévoyant à l'assisté et propose en conséquence de substituer à l'expression de « fonds d'assistance » celle de « fonds d'État », pour indiquer la source des majorations.
SAVOIE.....	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
SAVOIE (HAUTE-).....	*Idem*.
SEINE.....	« L'assistance médicale existant en fait depuis fort longtemps dans la Seine, l'intervention du législateur de 1893 n'a pu avoir aucune influence dans ce départment sur les institutions de prévoyance. Quant à l'assistance aux vieillards organisée dans les communes suburbaines depuis 1895 elle n'a exercé aucune action appréciable sur le mouvement mutualiste; mais le développement n'en est pas assez étendu et « en l'état actuel, il résulte des règles qui président aux secours de l'assistance » que les secours partiels obtenus par les mutualistes « les placent simplement sur le pied d'égalité avec les indigents qui repoussent la pension complète de l'assistance. » Le préfet préconise les « secours mixtes où la part fournie par l'assistance représenterait pour partie le complément des ressources nécessaires à l'existence. » A Paris, le taux de secours représentatif est

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
SEINE *(suite)*.....	fixé à 360 francs; les communes de la banlieue ont institué des pensions de 40 à 360 francs. Le taux minimum de la pension pourrait être fixé à 100 francs et la majoration devrait atteindre 50 p. 100 de l'apport effectué par l'assisté jusqu'à concurrence d'un certain chiffre après lequel la part d'assistance entière ne deviendrait plus qu'une prime à la prévoyance. »
SEINE-INFÉRIEURE.....	Les lois d'assistance n'ont pas eu, dans le département, d'influence sensible sur la mutualité et la prévoyance. En ce qui concerne les malades, les dépenses d'assistance sont relativement moindres dans les communes où des sociétés de secours mutuels existent. En ce qui touche les vieillards et les incurables, il y a lieu simplement de développer les institutions d'épargne pour décharger d'autant l'assistance. Le préfet serait « d'avis que la charge d'assistance aux vieillards et aux incurables soit déclarée obligatoire pour les communes qui généralement se dérobent lorsqu'on leur demande un sacrifice ». Quant au taux de la majoration des pensions, il propose de le fixer à 75 p. 100 pour les pensions de 30 à 50 francs, à 50 p. 100 pour celles de 51 à 100 francs, à 25 p. 100 pour celles de 101 à 200 francs.
SEINE-ET-MARNE.....	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
SEINE-ET-OISE.....	*Idem*.
SÈVRES (DEUX-).....	*Idem*.
SOMME.....	*Idem*.
TARN.....	Le préfet a fait une enquête près d'un grand nombre d'établissements et d'associations. « Il résulte des avis exprimés que l'exécution de la loi de 1893 ne paraît avoir eu jusqu'ici aucune répercussion sensible sur le développement des institutions de prévoyance. Pour ce qui est de l'assistance aux vieillards, le conseil général a décidé d'attendre pour organiser un service le vote de la loi générale. Le moyen d'empêcher que cette loi nuise à la prévoyance lui semble difficile à trouver. Il développe un système qui aurait pour conséquence de subordonner l'assistance à la prévoyance, après avoir d'ailleurs signalé l'opposition de « l'idée de prévoyance avec le fait d'assistance légale » et conclut à l'obligation de

DÉPARTEMENTS	ANALYSE DES RÉPONSES
TARN *(suite)*	l'assistance avec majoration des pensions mutualistes par des secours auxquels les communes contribueraient (suivant les barêmes A et B de la loi sur l'assistance médicale).
TARN-ET-GARONNE	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
VAR	*Idem.*
VAUCLUSE	« L'exécution des deux lois d'assistance » ne paraît pas avoir eu une répercussion sur le développement des institutions de prévoyance. Pour l'avenir « il conviendrait de s'en tenir aux dispositions de la loi du 29 mars 1897, c'est-à-dire de fixer au chiffre maximum de 200 francs la pension à accorder en entourant la concession de cette pension de certaines garanties. On pourrait, par exemple, organiser, pour l'établissement des propositions, des commissions mixtes comprenant les membres de bureaux de bienfaisance ou d'assistance et les répartiteurs titulaires de la commune. Quant à à ceux qui se seraient acquis quelques ressources au moyen de l'épargne, il serait désirable que leur pension pût s'élever à 400 francs. Le taux de la majoration pourrait être fixé au double de la pension mutualiste. »
VENDÉE	Pas de réponse à la date du 15 juillet.
VIENNE	*Idem.*
VIENNE (HAUTE-)	*Idem.*
VOSGES	*Idem.*
YONNE	*Idem.*
ALGER	*Idem.*
CONSTANTINE	La loi du 15 juillet 1893 et, partant, celle du 29 mars 1897 ne sont pas exécutoires en Algérie.
ORAN	Pas de réponse à la date du 15 juillet.

ANNEXE III

Extraits de l'enquête internationale comprenant toutes les réponses faites aux deux questions suivantes

1° *L'exécution des lois d'assistance aux malades, aux vieillards et aux incurables a-t-elle eu, dans le passé, une répercussion sensible, et dans quel sens, sur le développement des institutions de prévoyance?*

2° *Quelles précautions conviendrait-il de prendre, dans l'avenir, pour que la généralisation des secours aux vieillards et aux incurables pauvres ne détourne pas de l'épargne?*

TEXTE DES RÉPONSES

Dr Dziembowski *(Allemagne)*. — 1° Non par les lois d'assurance existant en Allemagne car les dépenses augmentent continuellement.

2° Le perfectionnement complet qu'il faut chercher à atteindre de l'assurance sociale contre la vieillesse, etc., c'est d'éduquer à l'économie et au travail en tant que les ouvriers doivent payer des cotisations et prouver une durée de travail.

de Breslau *(Allemagne)*. — 1° La loi d'assistance n'a pas empêché la population, non soumise à l'assurance obligatoire contre la vieillesse, etc., de prévoir l'avenir.

2° Des précautions pour que la généralisation des secours aux incurables pauvres ne détourne pas ceux-ci de l'épargne seront difficiles à prendre.

Rudolf von Moser *(Wurtemberg)*. — 1° On ne s'est pas encore aperçu de résultats semblables. Les prescriptions de la loi ont été rendues plus sévères.

2° Les rentes d'invalidité et de maladie ne suffisant pas le plus souvent aux besoins, il y aura toujours un stimulant à l'épargne.

Dr Ruland *(Alsace-Lorraine)*. — 1° Non!

2° Il n'y a qu'un moyen, introduire l'assistance obligatoire.

John Milson Rhodes *(Angleterre)*. — 1° Malgré la diminution de l'indigence, on donne plus d'assistance volontaire dans des cas méritoires.

2° Vérification des comptes par l'autorité centrale et rejet en cas de prodigalité prouvée.

Dr H. Richer *(Autriche)*. — Il y a l'assurance obligatoire contre l'accident et la maladie.

de Bavay *(Belgique)*. — Autant que possible, adopter un système mixte et proportionner les secours aux efforts faits par l'ouvrier pour assurer son avenir (aide-toi, le ciel t'aidera).

H. du Mortier *(Belgique)*. — Non!

Marquis de Lema *(Espagne)*. — 1° Ces institutions augmentent d'une façon extraordinaire, grâce à l'initiative privée aidée puissamment par les ordres religieux dont la charité et l'activité sont inépuisables.

2° Les salaires en général ne permettent pas d'épargner beaucoup. Les institutions créées n'ont pas détourné de l'épargne jusqu'à présent.

Ed. Lundell *(Duché de Finlande)*. — Ces vieillards et ces incurables indigents devraient être entretenus principalement par des institutions publiques.

Typaldo-Bassia *(Grèce)*. — Créer des caisses d'épargne mises à la portée de tous. Encourager l'assistance par le travail.

Canaglieri *(Italie)*. — Depuis quelques années ces institutions ont acquis plus d'importance dans l'Italie du nord où les industries sont à présent plus développées.

de Lattre *(Monaco)*. — Nous ne sommes pas dans des conditions qui réclament une réglementation.

Mme Brailoï *(Roumanie)*. — Peu d'institutions de prévoyance.

Dr Crevoisier *(Canton de Berne)*. — Dans un sens défavorable.

Dunant *(Suisse)*. — 1° Augmentation des institutions de prévoyance.

2° Soumettre à des conditions très strictes et très sévères.

ANNEXE

Tableau explicatif de l'article 16 du projet de loi française sur

Pension d'assistance correspondant au minimun d'existence.	Pension mixte allant jusqu'au double de ce minimum.	Ressources acquises par (produit annuel d'un livret															
		Fr. 10	Fr. 20	Fr. 30	Fr. 40	Fr. 50	Fr. 60	Fr. 70	Fr. 80	Fr. 90	Fr. 100	Fr. 110	Fr. 120	Fr. 130	Fr. 140	Fr. 150	Fr. 160
100 francs	*Part d'assistance*	*95*	*90*	*85*	*80*	*75*	*70*	*65*	*60*	*55*	50	45	40	35	30	25	20
	Total.....	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
110 francs	*Part d'assistance*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	*80*	*75*	*70*	*65*	*60*	55	50	45	40	35	30
	Total.....	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
120 francs	*Part d'assistance*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	*80*	*75*	*70*	*65*	60	55	50	45	40
	Total.....	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
130 francs	*Part d'assistance*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	*80*	*75*	*70*	65	60	55	50
	Total.....	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210
140 francs	*Part d'assistance*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	*80*	*75*	70	65	60
	Total.....	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220
150 francs	*Part d'assistance*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	*80*	75	70
	Total.....	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230
160 francs	*Part d'assistance*	*155*	*150*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	*90*	*85*	80
	Total.....	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240
170 francs	*Part d'assistance*	*165*	*160*	*155*	*150*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	*100*	*95*	90
	Total.....	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250
180 francs	*Part d'assistance*	*175*	*170*	*165*	*160*	*155*	*150*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	*110*	*105*	100
	Total.....	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260
190 francs	*Part d'assistance*	*185*	*180*	*175*	*170*	*165*	*160*	*155*	*150*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	*120*	*115*	110
	Total.....	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270
200 francs	*Part d'assistance*	*195*	*190*	*185*	*180*	*175*	*170*	*165*	*160*	*155*	*150*	*145*	*140*	*135*	*130*	*125*	120
	Total.....	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280

NOTA. — Dans les fractions de ligne imprimées en italique, la part de pension fournie par l'assistance publique représente est une prime à la prévoyance, prime justifiée par l'atténuation même de cette part d'assistance comparée à ce qu'elle serait si

LE TRAVAIL PERSONNEL DE L'ASSISTÉ

DE CAISSE DE RETRAITES POUR LA VIEILLESSE, ETC.)

Fr. 170	Fr. 180	Fr. 190	Fr. 200	Fr. 210	Fr. 220	Fr. 230	Fr. 240	Fr. 250	Fr. 260	Fr. 270	Fr. 280	Fr. 290	Fr. 300	Fr. 310	Fr. 320	Fr. 330	Fr. 340	Fr. 350	Fr. 360	Fr. 370	Fr. 380	Fr. 390	Fr. 400
15	10	5	»																				
185	190	195	200																				
25	20	15	10	5	»																		
195	200	205	210	215	220																		
35	30	25	20	15	10	5	»																
205	210	215	220	225	230	235	240																
45	40	35	30	25	20	15	10	5	»														
215	220	225	230	235	240	245	250	255	260														
55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»												
225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280												
65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»										
235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300										
75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»								
245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320								
85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»						
255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340						
95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»				
265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360				
105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»		
275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	370	375	380		
115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	»
285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	370	375	380	385	390	395	400

pour partie le complément des ressources nécessaires à l'existence; dans les autres fractions, la part d'assistance entière l'individu n'eût pas été ou eût été moins prévoyant. En toute hypothèse, la collectivité et l'individu ont intérêt à la prévoyance.

DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DE L'ASSISTANCE A DOMICILE POUR LES FEMMES EN COUCHES INDIGENTES

XVIII. — Rapport de M. le Dr Ch. BERNARDBEIG.

L'organisation de l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes ne date certainement pas d'aujourd'hui, si on entend par assistance les secours en argent, en linge, en comestibles, le concours de la sage-femme ou du médecin du bureau de bienfaisance qui sont accordés à l'indigente. Mais si dans cette idée d'organisation d'assistance à domicile on a à cœur de vouloir procurer à la femme en couches toutes les ressources qu'elle pourrait avoir dans un refuge ou une maternité il est certain que peu de chose a été fait jusqu'ici.

Au Dr Pecker, de Maule (Seine-et-Oise) revient l'honneur d'avoir le premier organisé en France d'une façon intelligente et vraiment scientifique l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes. En 1898, il prenait avec toute l'activité et le dévouement d'un cœur généreux l'initiative d'une propagande en faveur de ce genre d'assistance et il constituait avec le concours des dames mauloises une association, dont le but était de venir en aide à la femme enceinte indigente, de lui apporter à son domicile ces soins éclairés, dont seules pouvaient bénéficier jusque-là les femmes plus fortunées.

Nous ne tardions pas au Havre à demander à l'initiative privée l'effort qu'avait obtenu le Dr Pecker des dames mauloises. Nous inspirant à notre tour des conditions déplorables dans lesquelles accouchaient à domicile la plupart des femmes indigentes, des nécessités sociales, qui obligeaient beaucoup de ces malheureuses à se lever deux, trois ou quatre jours après leurs couches, des conséquences désastreuses qui en résultaient pour leur santé et leur grossesse à

venir, nous avions pensé qu'il ne suffisait pas, à l'instar de la plupart des sociétés maternelles, d'organiser des secours simplement en linge, en comestibles, en argent, mais qu'à ce désir de la femme désirant accoucher dans sa maison, au milieu des siens pour ne pas rompre le lien familial et abandonner ses enfants, nous devions répondre par une organisation scientifique, lui permettant de le réaliser dans les meilleures conditions d'hygiène et de confort.

Sachant que ce qui minait le moral de la femme accouchant à domicile et l'obligeait, malgré les récriminations de la sage-femme ou du médecin du bureau de bienfaisance, à se lever trop tôt, c'était la préoccupation constante des enfants et du mari, la nécessité pour elle absolue, impérieuse de s'occuper de leur vie journalière, malgré sa faiblesse et ses souffrances, notre pensée dominante a été de lui épargner cette torture, et en organisant les secours auprès d'elle, de lui donner, jusqu'à complète guérison, une garde-malade chargée de la soigner, de la maintenir couchée au moins pendant huit jours et de la remplacer dans tous les soins intéressant le ménage.

Dans une grande ville comme le Havre, notre effort pour être réellement efficace devait savoir se limiter et obéir à cette unique préoccupation : entourer la femme de toutes garanties morales et matérielles au moment de ses couches et après ses couches.

Au début de notre organisation il nous a fallu trouver les éléments essentiels de l'œuvre, des gardes-malades, que nous voulions devoir présenter toutes les garanties de moralité, d'activité et de dévouement dans une tâche aussi sérieuse. A ces gardes, dont une préposée aux cas infectieux sont venues s'adjoindre des gardes-malades volontaires, qui nous ont aidé de leur précieux concours.

Nous avons dû constituer deux grands dépôts de linge, que nous avons placés aux deux extrémités de la ville, en nous assurant, dans un endroit intermédiaire entre ces deux dépôts, un centre pour la désinfection du linge, un autre centre chez un bandagiste pour la garde des vêtements et de tous les objets nécessaires aux soins hygiéniques de l'accouchée. Ces objets sont placés dans des caisses numérotées, facilement transportables, divisées en compartiments.

Pour la surveillance des gardes et pour mieux les guider de

conseils éclairés, nous avons organisé un service médical, mis un médecin à la tête de chaque quartier avec mission de s'occuper de la garde, de se rendre compte si elle est à son poste et si elle exécute les prescriptions qui lui ont été indiquées.

Une fois cette organisation achevée et après avoir divisé la ville en un certain nombre de sections avec une présidente par quartier et un nombre de dames visitantes proportionné à l'importance du quartier, voici dans quelles conditions notre œuvre a fonctionné :

Toute femme désirant bénéficier du secours de la société maternelle s'inscrit en un endroit désigné, le mardi de chaque semaine de 2 heures à 5 heures. Les noms sont transmis le lendemain à la présidente de l'œuvre, qui les envoie à l'office central des renseignements. Dans la semaine l'office central nous répond. Si sa réponse est favorable, si la femme est dans les conditions voulues pour être secourue, elle reçoit aussitôt la visite d'une dame visiteuse, qui laisse à sa disposition un bon pour obtenir la garde-malade, le jour même de l'accouchement. En même temps la dame visitante fait parvenir à la garde désignée un bon de linge et un bon pour une caisse d'instruments.

Arrive l'accouchement, l'indigente envoie aussitôt avec son bon chercher la garde. Celle-ci accourt auprès de la parturiante et fait prendre avec les deux bons, qui lui ont été délivrés, un sac de linge au dépôt le plus voisin, une caisse d'instruments chez le bandagiste.

Dès ce moment la femme a auprès d'elle une auxiliaire qui ne l'abandonnera pas pendant au moins huit jours, tandis que les dames visitantes viendront la voir plusieurs fois et suivant ses besoins lui apporteront des bons de viande offerts par la Société et contribueront à soulager de leur générosité la misère de cet intérieur.

Les soins terminés, la garde-malade quitte la parturiante, prévient avant de partir le centre de désinfection du linge. Celui-ci est aussitôt passé à l'étuve à vapeur à 110 degrés, désinfecté, passé à la lessive et envoyé tout propre au dépôt désigné. La garde prévient également le bandagiste, qui envoie aussitôt chercher la caisse d'instruments, laquelle est aussi désinfectée et mise dans les meilleures conditions de propreté et d'asepsie.

C'est avec ce fonctionnement méthodique, avec cette division du travail où chacun sait parfaitement ce qu'il a à faire et quel est son rôle, que nous sommes arrivés à pouvoir dès la première année (1899) donner une assistance complète à 116 femmes en couches indigentes, et que pendant les quatre premiers mois de l'année 1900, nous aurons secouru une centaine de femmes.

Le résultat que nous avons obtenu est d'autant plus appréciable qu'il est dû uniquement à l'effort de l'initiative privée. Et si jusqu'ici l'existence de notre Société n'est pas suffisamment ancienne pour pouvoir apprécier tous les avantages moraux et matériels de son activité, du moins pouvons-nous déjà tirer de l'effort local que nous avons fait quelques considérations générales, qui nous engagent à solliciter du Congrès un vœu favorable à l'organisation d'une assistance pour les femmes en couches indigentes, telle que l'a réalisée le premier le Dr Pecker, de Maule, et telle que nous-mêmes l'avons comprise dans une grande ville comme le Havre.

Au premier rang de ces considérations se dégage ce fait que la plupart de nos femmes, encouragées, soutenues, dès les premiers jours de leurs couches, assurées dans leur intérieur d'un concours qui viendra en aide à leurs enfants et à leur mari, se mettaient avec joie à nourrir le nouvau-né et à le placer de ce fait dans les meilleures conditions de développement et de vitalité. Si l'on songe aux ravages que fait chaque année la diarrhée infantile par suite d'un allaitement artificiel mal compris, et si l'on croit comme nous que le vrai salut de l'enfant est dans l'allaitement naturel, on comprendra tous les avantages d'une œuvre d'assistance, qui profite de l'influence qu'elle peut exercer sur les mères pour les engager énergiquement à nourrir leurs enfants.

A cela nous devons ajouter que par l'intermédiaire de nos gardes-malades, qui sont des femmes sérieuses, par l'intermédiaire des dames visiteuses, nous avons réussi à faire apprécier les bienfaits de l'hygiène et de la propreté et à montrer leur influence favorable sur la santé de l'enfant. Avec les plus grands ménagements, nous avons tenté de faire comprendre aux maris les dangers de l'alcoolisme et toutes les catastrophes qu'il prépare pour l'avenir de la famille.

Et puis de ce contact de personnes plus fortunées avec ces intérieurs misérables est résultée une tendance plus grande et plus spontanée à faire la charité, à la faire d'une façon suivie, intelligente, le secours portant là où il est réellement nécessaire, et servant d'une façon efficace aux besoins immédiats de la femme et de sa famille.

Enfin, nous avons pu constater combien la femme était reconnaissante de ce que nous lui facilitions l'accouchement à domicile dans des conditions aussi favorables que dans une maternité et combien elle était heureuse d'éviter cette séparation pénible entre elle et les siens qui souvent bien que temporaire est une source féconde de soucis, d'anxiété, quelquefois même de désorganisation dans toute famille indigente aux prises avec la misère.

PROCÈS-VERBAUX DE LA DEUXIÈME SECTION

PREMIÈRE SÉANCE

(Lundi 30 juillet 1900.)

Sommaire. — Allocution du Président. — Discussion du mémoire de M. le Dr Barthès sur les stations thermales, les sanatoria et l'assistance médicale gratuite. — Adoption de la conclusion proposée par MM. Dreyfus-Brisac et H. Sabran. — Discussion des mémoires de MM. les Drs Bernardbeig et Pecker sur l'assistance des femmes en couches à domicile. — Ajournement du vote sur les conclusions. -- Discussion d'une communication verbale de M. le Dr Bourneville sur les écoles d'infirmières. — Adoption d'un vœu pour la généralisation de ces écoles.

Président français : M. Hermann Sabran.
Président étranger : M. Muensterberg.

La séance est ouverte à 9 heures du matin, au Palais des congrès.

M. Hermann Sabran, *président.* — Messieurs, au moment d'ouvrir cette séance une lamentable nouvelle nous arrive de l'étranger et nous apprend l'assassinat du roi d'Italie. En présence d'un si horrible forfait nous devons faire entendre un cri d'indignation et d'horreur et nous devons adresser à la nation amie, à l'Italie, nos sentiments de bien douloureuse sympathie. (*Vifs applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Émile Barthès :

Sur les moyens d'envoyer les indigents dans les sanatoria et aux stations thermales.

M. le Dr Émile Barthès. — Je viens appeler votre attention sur l'avantage qu'il y aurait à désencombrer les hôpitaux et hospices en faisant bénéficier dans une large mesure du traitement thermal, marin et d'altitude les indigents et les malades inscrits sur les listes d'assistance et soignés à domicile.

Grâce à la loi de 1893, tous les indigents reçoivent aujourd'hui et les soins du médecin et les médicaments. Il s'agirait de faire un pas de plus dans cette voie et d'enrayer par un traitement rationnel, dans les stations balnéaires ou dans un climat marin ou d'altitude, toute une série de maladies qui, faute de cette médication spéciale, s'aggravent et deviennent ensuite incurables. La loi de 1893 implique l'envoi des malades indigents dans les stations thermales, mais, faute de ressources suffisantes, ce moyen de cure ne s'est pas encore généralisé. Où trouver des ressources? Dans un congrès médical on a proposé d'imiter le système de la cure-taxe des Allemands et d'établir dans les stations thermales un droit proportionnel sur les bains, douches, hôtels, maisons meublées, ainsi qu'une taxe spéciale sur les cercles et casinos. Les recettes provenant de cet impôt serviraient à doter la station thermale des améliorations nécessaires à l'hygiène, et à développer, aux eaux thermales, l'assistance publique.

Telles sont les conclusions du mémoire que j'ai l'honneur de soumettre à l'assemblée.

M. le Président. — L'orateur vient de parler de la cure-taxe qui existe en Allemagne. L'honorable M. Muensterberg pourrait-il nous donner quelques renseignements sur ce point et nous dire comment la question a été résolue dans son pays?

M. Muensterberg. — Ce n'est que récemment qu'on a reconnu l'utilité d'envoyer les malades indigents dans les stations thermales, dans les sanatoria et dans les climats d'altitude. En Allemagne c'est l'initiative privée qui a commencé à réaliser ce progrès. L'assistance publique a suivi et, chaque année, elle fait profiter beaucoup d'indigents de ce traitement spécial.

En Allemagne, nous avons un développement très curieux de l'assistance ouvrière. L'ouvrier a droit à l'assistance de sa corporation et ces corporations ont construit de magnifiques établissements

pour les tuberculeux et pour les femmes anémiques. La classe ouvrière s'est ainsi habituée à des soins fort étendus et les indigents commencent à réclamer, eux aussi, ces mêmes soins. Dans chaque ville l'assistance publique et privée se préoccupe de donner satisfaction à ce désir et d'envoyer soit à la mer, soit dans des climats d'altitude les indigents malades pour lesquels ces cures sont indiquées. L'Administration n'a pas recours à la cure-taxe, elle a des arrangements avec les établissements pour le traitement gratis des indigents.

M. le Président. — Je remercie M. Muensterberg de sa communication, de laquelle il résulte que c'est l'assistance publique ou la charité privée qui pourvoient à ce genre de dépenses.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Les aspirants malades auxquels songe M. le Dr Barthès sont légion : car les lymphatiques, les arthritiques et les anémiques constituent les trois quarts de l'humanité. Si l'assistance publique devait faire face aux dépenses des soins désirables pour tous ces malades elle succomberait sous le poids de la charge.

L'assistance publique, en pareille matière, est impuissante, car il s'agit pour ainsi dire d'une dépense de luxe.

L'établissement d'une cure-taxe spéciale est une pure illusion. Quant au pari mutuel on lui demande déjà beaucoup, on ne peut lui demander tout. Reste l'assistance privée. C'est à elle que doit revenir cette tâche. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Dr Émile Barthès. — L'initiative privée est encore à l'état embryonnaire. En Allemagne les compagnies d'assurances ont construit des sanatoria. Il faut en France faire quelque chose par un moyen ou par un autre.

M. Louis Paulian. — Les sanatoria dont parle l'honorable Dr Barthès n'ont pas été construits par les compagnies d'assurances proprement dites, ils ont été construits par les corporations ouvrières, qui, en Allemagne, de par la loi, sont chargées de faire face aux indemnités résultant des accidents de travail et aux sommes nécessaires pour mettre l'ouvrier à l'abri de la misère résultant pour lui

de la maladie ou de la vieillesse. Les corporations ouvrières ont compris qu'elles avaient plus d'intérêt à soigner et à guérir un malade, même par un traitement coûteux, qu'à laisser transformer, faute de soins suffisants, ce malade en incurable grevant pendant de longues années la caisse de la corporation.

M. Grosseteste-Thierry. — J'ajouterai qu'en Allemagne les familles des ouvriers envoyés d'office dans les sanatoriums reçoivent pendant leur séjour dans ces établissements un secours proportionné au nombre de leurs enfants.

M. le Dr Armaingaud. — L'idée qui a inspiré M. le Dr Barthès est excellente, mais je crois que le collègue va un peu trop loin. On ne peut envoyer aux stations thermales tous les anémiques et tous les arthritiques qui en auraient besoin, mais il y a des malades qu'il importe de comprendre dans la catégorie des assistés suivant la loi de 1893, ce sont les enfants atteints de tuberculose et de scrofule. La commission de la tuberculose, sur ma proposition, a décidé qu'il y avait lieu d'inviter l'État à aider les communes qui enverraient ces enfants dans des sanatoria.

M. le Président. — Je vais mettre aux voix les conclusions de M. Barthès qui tendent à avoir recours soit au pari mutuel, soit à l'assistance publique, soit à la cure-taxe, pour payer les frais de l'envoi des malades indigents aux stations thermales.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Je propose la rédaction suivante.

La section émet le vœu :

« Que, dans les cas urgents dans lesquels l'initiative privée serait insuffisante, l'Assistance publique intervienne, en France en vertu de la loi de 1893, pour envoyer dans les stations thermales et dans les sanatoria les indigents qui encombrent de plus en plus les hôpitaux ainsi que les malades inscrits sur les listes d'assistance et soignés à domicile. »

— La proposition de M. le Dr Dreyfus-Brisac est adoptée.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes.

M. le Dr Bernardbeig. — J'ai donné au Congrès un mémoire sur cette question. Ce mémoire devant, comme tous les rapports, être annexé à nos procès-verbaux, je me contenterai de le résumer en quelques mots.

Il s'agit de donner autant que possible aux femmes indigentes la possibilité de faire leurs couches à domicile et de leur procurer toutes les ressources qu'elles pourraient trouver dans une maternité.

C'est M. le Dr Pecker qui le premier a eu l'honneur d'organiser à Maule (Seine-et-Oise) d'une façon intelligente et scientifique l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes. En 1898, il a créé l'Association des Dames mauloises, qui a pour but de venir en aide à la femme indigente.

Nous avons immédiatement suivi cet exemple au Havre, où nous avons créé la Société maternelle. Voici comment nous fonctionnons.

Dès qu'une femme enceinte, indigente, désireuse d'accoucher à son domicile, demande l'assistance de la Société maternelle, celle-ci fait une enquête rapide. Si la femme est dans les conditions voulues pour être secourue, elle reçoit la visite d'une dame visiteuse, un bon pour obtenir la garde-malade le jour même de l'accouchement. En même temps la dame visiteuse fait parvenir à la garde désignée un bon de linge et un bon pour une caisse d'instruments.

Arrive l'accouchement, l'indigente envoie aussitôt, avec son bon, chercher la garde. Celle-ci accourt auprès de la parturiante et fait prendre, avec les deux bons, un sac de linge au dépôt le plus voisin et une caisse d'instruments.

La garde demeure auprès de la malade pendant au moins huit jours et les dames visiteuses lui apportent du bouillon et de la viande.

Les soins terminés, le linge est désinfecté par les soins de la Société, il est passé à l'étuve à vapeur à 110 degrés, puis lessivé et envoyé tout propre au dépôt.

Un bandagiste envoie chercher la caisse d'instruments, laquelle est remise dans les meilleures conditions d'asepsie.

Dès la première année la Société maternelle du Havre a assisté ainsi 116 femmes et dans les quatre premiers mois de la présente année elle a secouru une centaine de femmes.

Ces résultats sont dus uniquement à l'initiative privée. (*Applaudissements.*

Je demande à la section d'émettre un vœu favorable à l'organisation de sociétés de ce genre. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Président. — Cette question est une des plus intéressantes parmi celles qui nous sont soumises.

Je regrette beaucoup de ne pas voir en ce moment dans la salle l'honorable Dr Pecker, qui a été l'initiateur de cette œuvre. J'aurais voulu lui adresser en notre nom à tous nos remerciements et nos félicitations. (*Très bien. Très bien.*)

Son exemple a été suivi au Havre et à mon tour j'ai essayé également de le suivre à Saint-Rambert, dans les environs de Lyon.

Dans les familles ouvrières, souvent quand la femme accouche, le ménage se trouve dans des conditions déplorables. Si la femme va à l'hôpital, sans doute elle y sera bien soignée, mais pendant son absence le ménage est abandonné. Le mari, obligé d'aller à l'atelier, ne peut s'occuper des enfants, s'ils sont tout petits ils ont besoin de soins incessants, s'ils sont plus grands une surveillance active leur est indispensable. Les parents étant absents, la surveillance et les soins font défaut et parfois, lorsque la mère revient au logis, elle constate, avec douleur, que non seulement les enfants ont cruellement souffert de son absence, mais encore que le mari a pris des habitudes regrettables. Souvent même le père n'a pas pour cet enfant qu'il n'a pas vu naître toute l'affection qu'il lui devrait. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Dr Pecker, à Maule, a comblé une lacune qui existait dans notre assistance en créant l'organisme que vous a expliqué M. le Dr Bernardbeig.

L'exemple, je vous l'ai dit, a été imité au Havre et à Saint-Rambert, près de Lyon. Nous avons pensé qu'il y avait grand intérêt, chaque fois que la chose est possible, à retenir la femme à son domicile. Le service de l'assistance médicale gratuite donne la sage-femme, mais la sage-femme ne suffit pas. A la femme qui vient

d'accoucher il faut une garde, il faut du linge, des appareils d'antisepsie, des procédés de désinfection, des aliments. Par une œuvre privée nous nous sommes greffés à l'assistance médicale gratuite. Nous avons fait préparer et instruire des gardes-malades par la sage-femme et nous fournissons cette garde-malade pendant dix jours. L'expérience que nous avons faite, sur une petite échelle, a donné d'excellents résultats. Je ne puis qu'appuyer le vœu qui est proposé. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Dr Muensterberg. — Nous aussi, en Allemagne, nous avons remarqué que les femmes qui accouchent dans les maternités se préoccupent vivement de savoir ce que deviennent, pendant leur absence, et leur mari et leurs enfants. Aussi avons-nous pensé à secourir ces femmes en créant ce que l'on pourrait appeler en français *L'œuvre des soins de la maison.*

Notre œuvre réunit dans une association des femmes honnêtes et intelligentes choisies dans le monde ouvrier. Nous estimons que ces femmes qui, par leur condition, sont habituées à diriger des ménages peu aisés sont très habiles pour remplir le rôle que nous leur confions.

Deux cas peuvent se présenter : ou la femme accouche à l'hôpital ou elle accouche à son domicile.

Si elle accouche à l'hôpital, nous envoyons la garde à son domicile pour la remplacer dans les soins du ménage. La garde s'occupe de la maison, elle fait la cuisine, nettoye les petits enfants, range les objets, met de l'ordre et de la propreté partout, de façon à ce que lorsque la mère rentre chez elle, elle trouve tout en place et chacun en bonne santé.

Si la femme peut accoucher à domicile, la garde la soigne et s'occupe en même temps des enfants et du ménage.

Ce système a donné d'excellents résultats. A Francfort-sur-Mein, dès le début, cette œuvre a assisté plus de 1.200 personnes. La ville de Berlin a suivi l'exemple de Francfort-sur-Mein en créant une Œuvre des soins du ménage.

La ville est divisée en un certain nombre de circonscriptions. A la tête de chacune d'elles il y a des dames charitables qui surveillent le service et agissent, bien entendu, gratuitement. Les gardes sont

des femmes avant tout bonnes et honnêtes. Elles n'ont pas la capacité des infirmières, mais elles sont tout de même aptes à soigner les malades, et à rendre les services qu'on attend d'elles. Ces gardes reçoivent comme salaire 1 fr. 50 ou 2 francs par jour.

Les dépenses sont à la charge de l'œuvre. Cependant, si la femme ainsi assistée par la charité privée est une indigente qui doit être à la charge de l'assistance publique, celle-ci rembourse à l'œuvre privée les frais avancés par elle.

Ce système, je le répète, a donné d'excellents résultats; il a en beaucoup de cas empêché le vagabondage des enfants, il a conservé les liens de famille et il a permis à la pauvre mère, après ses couches, de retrouver sa maison propre au physique et au moral. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Vous le voyez, Messieurs, on vous demande d'exprimer le vœu que des sociétés privées s'établissent pour procurer aux femmes en couches indigentes des gardes-malades, du linge, des instruments de chirurgie et, s'il y a lieu, des aliments.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Il faut saisir l'occasion pour bien affirmer que, lorsqu'il s'agit de la femme en couches, l'assistance à domicile est de beaucoup supérieure à l'assistance hospitalière. (*Très bien. Très bien.*) C'est d'autant plus nécessaire que beaucoup de femmes pensent qu'elles ont intérêt à accoucher à l'hôpital. Je suis médecin d'hôpital et j'ai une opinion diamétralement opposée.

M. le Président. — J'appuie de toutes mes forces l'opinion de M. le Dr Dreyfus-Brisac. Pour la fille-mère il faut la Maternité, mais pour la femme mariée c'est au domicile que l'accouchement doit avoir lieu toutes les fois que les conditions le permettent.

M. le Dr Pecker. — J'étais absent de la salle au moment où cette question a été mise en discussion. Je viens d'entendre les observations qui ont été échangées et, après avoir remercié M. le Président des éloges qu'il a bien voulu m'adresser et qui s'adressent surtout aux Dames mauloises, je demande la permission d'ajouter quelques mots.

On vous a dit ce qui a été fait à Maule, au Havre et à Saint-Rambert, ce n'est encore là que l'embryon d'une grande organisation.

Mais les initiatives privées compléteront l'œuvre commencée, et de même que les associations des Dames françaises ou des Femmes de France sont venues se greffer sur le service de santé du ministère de la Guerre, de même une association nationale de puériculture, comprenant des ambulancières maternelles ou des sœurs de maternité, viendra se greffer sur ce service de l'assistance maternelle à domicile du ministère de l'Intérieur, dont la création ne peut plus être retardée, si l'on a à cœur les intérêts vitaux du pays.

Le corps médical ayant préparé les ambulancières de la Croix-Rouge saura aussi former ce bataillon généreux des sœurs de maternité, le plus nécessaire peut-être pour l'avenir et la grandeur de notre pays, et nous espérons que bientôt chaque blessée sur le champ de bataille de maternité souffrante aura son ambulancière dévouée.

Les ambulancières de la Croix-Rouge comprenant l'étendue de leur devoir s'enrôleront, nous l'espérons, parmi les premières ambulancières maternelles, voulant ainsi durant la paix conquérir dans la pratique journalière et universelle de la solidarité sociale à côté de leurs sœurs infortunées, les qualités et la science que la patrie en danger peut un jour leur demander.

Lois rationnelles protégeant la maternité souffrante, création d'une société nationale de puériculture assurant l'existence maternelle à domicile et permettant d'amplifier les secours bienfaisants de la loi ne seront pas de trop pour endiguer ce flot de cadavres qui roule annuellement, vers l'abîme du néant, 170.000 existences à peine âgées d'un an. Cette tâche est digne de nous, médecins, de nos mères et de vous, philanthropes avisés. Grâce aux efforts convergents de tous et de toutes, l'assistance maternelle à domicile, fonctionnant partout, rendra la puériculture nationale florissante; c'est pourquoi nous souhaitons que le vœu « que bientôt dans chaque ville et village de France il y ait une société de Dames mauloises, et, dans chaque maison commune, une armoire contenant les sacs maternels » exprimé par notre excellent maître le Prof^r Pinard à la tribune de l'Académie de médecine et approuvé par la savante compagnie se réalise au plus vite, en ouvrant une ère nouvelle pour les mères qui peinent et pour leurs enfants en détresse.

Le Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance

privée, soucieux avant tout de rendre la vie meilleure aux mères et aux enfants, voudra bien s'associer à ce vœu et appeler l'attention des pouvoirs publics et des initiatives privées sur la nécessité de propager l'assistance maternelle à domicile en favorisant l'éclosion des œuvres comme celle des Dames mauloises et des œuvres fondées à son instar au Havre et à Saint-Rambert; mais le Congrès ne s'arrêtera pas là, nous l'espérons du moins, et il voudra bien appeler plus particulièrement l'attention du Gouvernement sur la nécessité urgente de modifier la loi du 15 juillet 1893 en ce qui concerne les femmes en couches, de façon qu'améliorée et complétée, elle puisse devenir la pierre angulaire de ce monument de solidarité sociale pour la maternité souffrante, que la République humanitaire doit édifier pour sa prospérité et sa grandeur. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Berthod. — Je reconnais que l'hôpital est briseur de la famille, mais il ne faut pas oublier que dans les villes il y a beaucoup de logements tels, que la propreté et l'antisepsie y sont impossibles.

Dans l'intérêt supérieur de la vie de la mère et de l'enfant il faut que les pauvres femmes qui habitent ces logements fassent leurs couches à l'hôpital.

Quant aux œuvres comme celles de M. le Dr Pecker elles sont appelées à rendre de grands services, mais elles doivent rester, au moins pour le présent, des œuvres privées et c'est pour cela que je ne puis m'associer à la dernière partie des conclusions de M. Pecker, qui semble demander que l'assistance maternelle devienne un service public.

Nous avons, en France, des œuvres puissantes qui ont été fondées pour secourir les blessés en cas de guerre ou de calamités publiques. Il faut indiquer à ces sociétés qu'elles pourraient faire beaucoup de bien en créant dans leur sein une section spéciale destinée à s'occuper de l'assistance aux femmes en couches.

M. le Président. — Le Dr Dreyfus-Brisac a demandé que l'accouchement eût lieu de préférence à domicile, mais bien entendu pour les cas seulement où ce domicile remplirait les conditions voulues.

Il n'y a donc pas désaccord entre lui et nous.

M. Paul Strauss. — On ne peut établir un dualisme entre la bienfaisance privée et l'assistance publique. Je suis prêt à louer toute tentative, comme celles de Maule, du Havre et de Saint-Rambert, destinée à assister les femmes en couches, mais lorsque l'assistance privée est inerte, lorsque la femme en couches est abandonnée, lorsque l'enfant meurt, il ne faut pas répudier l'intervention des pouvoirs publics. Les femmes en couches ne sont que des malades. Si la famille ne les assiste pas, si la charité privée n'intervient pas, il faut que l'assistance publique apparaisse et fasse le nécessaire.

Adoptez tel ou tel système, peu nous importe, mais ce que nous voulons c'est qu'il n'y ait pas une mère ou un nourrisson qui ne reçoivent les soins dont ils ont besoin.

Que la famille intervienne d'abord, à défaut de la famille, que la bienfaisance privée fasse son devoir, mais là où il n'y a ni famille ni bienfaisance privée, la collectivité a le devoir d'intervenir avec le concours de toutes les bonnes volontés. (*Très bien. Très bien.*)

La vérité est que le problème ne peut être résolu que par l'association de la bienfaisance privée et de l'assistance publique.

M. le Dr Berthod. — Je demande qu'on adjoigne à ce vœu l'idée d'appeler l'attention des grandes associations de secours aux blessés sur l'immense champ d'études et d'expériences qui s'ouvre ici devant elles. Ces sociétés possèdent beaucoup d'argent, beaucoup de dévouement, beaucoup d'intelligence et un splendide matériel (linge, instruments, brancards). Pourquoi en temps de paix ne formeraient-elles pas leur personnel féminin à l'antisepsie et aux soins en l'exerçant auprès des femmes en couches.

M. le Président. — La parole est à M. Hovy, délégué de Hollande.

M. Hovy. — J'appuie la thèse de M. le Dr Dreyfus-Brisac. En Hollande, c'est exceptionnellement que les femmes accouchent dans les hôpitaux. Il y a des sociétés charitables qui assistent les femmes en couches indigentes, qui leur fournissent du linge et la nourriture dont elles peuvent avoir besoin. Il y a des diaconesses qui les visitent, les soignent et les assistent. Je connais des industriels, qui, afin d'assister dans les frais de la couche de leurs femmes, qui pourraient

être un obstacle à les tenir chez eux, paient à leurs ouvriers une semaine *extra* de leur salaire, chaque fois qu'un enfant leur est né.

M. le Dr Pecker. — C'est précisément en faisant des conférences à l'*Association des dames françaises* que j'ai eu l'idée de leur apprendre ce qu'il faut entendre par antisepsie en les invitant à soigner des femmes en couches.

M. Paul Strauss. — M. le Dr Dreyfus-Brisac paraît vouloir écarter toute solution administrative. Je ne puis accepter cette conclusion qui constituerait un recul sur les congrès antérieurs. N'oubliez pas que le congrès de Genève a demandé qu'avant et après l'accouchement il y ait une interdiction de travail. Faire appel à la charité privée seule pour résoudre ce problème, c'est inadmissible.

M. le Dr Dreyfus-Brisac désire que les femmes accouchent à domicile. Mais la loi, sur ce point, lui donne satisfaction, puisqu'elle proclame que l'assistance à domicile est le mode de choix. Malheureusement il y a des taudis dans lesquels la femme ne peut faire ses couches sans être à l'avance condamnée à mort.

A défaut de mutualités maternelles il faut se rattacher à l'assistance médicale gratuite.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — J'ai reproduit les idées et de M. Strauss et du Conseil supérieur de l'assistance publique en disant que, chaque fois que cela sera possible, l'assistance à domicile doit être le mode de choix ; mais je soutiens que l'assistance publique ne pourra jamais donner à la femme qui accouche à son domicile le repos physique et moral dont elle a besoin.

M. Mourier. — Pour ma part, je suis un peu effrayé de ce principe que l'assistance à domicile est un mode de choix pour les femmes en couches. C'est là un principe qui ne trouve pas son application dans les grandes villes et dans les cités industrielles où les logements des ouvriers rendent souvent impossibles les mesures hygiéniques qui s'imposent en pareil cas. Je propose de dire que l'assistance à domicile est le mode qui doit être préféré *chaque fois que les circonstances le permettront.*

M. Émile Rey. — Pourquoi définir à nouveau comment doit se pratiquer l'assistance des femmes en couches. La loi française de 1893 dit clairement que cette assistance doit être donnée à domicile toutes les fois que c'est possible et à l'hôpital quand elle ne peut être donnée utilement à domicile.

Je propose le vœu suivant :

« Le Congrès, confirmant les dispositions de la loi de 1893 en ce qui concerne l'assistance aux femmes en couches,

« Émet le vœu que la bienfaisance privée accorde à ces femmes les soins complémentaires que réclame leur situation. »

M. le Président. — Il me semble que nous nous laissons trop entraîner par des idées françaises, nous devons rester sur le terrain international et prendre une formule plus générale, comme celle qui consisterait à dire que l'assistance publique doit assurer, d'une façon complète, l'assistance aux femmes en couches et que, si elle est insuffisante, la charité privée doit compléter cette œuvre.

M. Paul Strauss. — Nous ne pouvons pas prévoir que l'assistance publique sera insuffisante. Un service public doit faire complètement la tâche qui lui incombe; mais nous pouvons prévoir que l'assistance complémentaire — telle que celle des soins d'une garde-malade, d'une suppléante ménagère — rentre dans les attributions de la charité privée.

M. le Dr Muensterberg. — Je reconnais qu'il est indispensable d'assurer des soins aux femmes en couches. Il faut dire que c'est un devoir pour l'assistance publique de s'unir aux sociétés privées pour assister ces femmes, mais que la charité privée doit toujours, en pareille matière, marcher en première ligne.

M. le Président. — La discussion qui vient d'avoir lieu nous prouve qu'il sera bien difficile d'arriver à une rédaction qui satisfasse tout le monde et qui se tienne sur le terrain international. Je propose de n'adopter, quant à présent, aucun texte. (*Très bien. Très bien.*)

— Cette proposition est adoptée.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Bourneville, médecin des hôpitaux de Paris, vice-président du Congrès, pour une communication verbale sur les écoles d'infirmières (Enseignement professionnel du personnel secondaire des hôpitaux).

M. le Dr Bourneville. — Messieurs, notre communication a un double but: exposer ce qui a été fait en France et surtout à Paris, depuis notre rapport au congrès international de 1889 et provoquer de la part des membres du Congrès actuel des renseignements sur ce qui se fait dans tous les pays.

Les écoles qui existaient en 1889 en France, étaient celles de la Salpêtrière et de Bicêtre (1878), de la Pitié (1880), de Lyon, et de l'Asile clinique (Sainte-Anne). Depuis, ont été créées l'école de Lariboisière le 1er janvier 1895, et les écoles reliées à celles de l'Asile clinique, dans les asiles de Vaucluse, de Ville-Évrard et de Villejuif. Divers essais ont été tentés en province, à Reims, à Alger, à Lille, à l'asile d'Aix, mais sans succès. Une école a été fondée à Bordeaux il y a quelques années, en dehors de l'administration hospitalière et a donné de bons résultats. Au Havre, notre ancien élève et ami, le Dr Sorel, a organisé une école annexée à l'hôpital. Enfin, l'initiative privée a créé, à Paris, il y a déjà longtemps une école de gardes-malades (M. Duchaussoy) et cette année, une autre école payante: les gardes-malades de la ville.

En 1898, M. le Dr Napias a fait au Conseil supérieur de l'assistance publique un rapport pour la création d'écoles d'infirmières en France. Son rapport se terminait en demandant la nomination d'une commission spéciale chargée de préparer le *programme de l'enseignement* qui devrait être donné dans les futures écoles. Cette commission a été nommée. MM. les Drs Letulle et Faivre ont présenté deux rapports au Conseil supérieur de l'assistance publique et qui ne diffère guère du programme suivi depuis 1878 dans les Écoles de Paris et perfectionné chaque année par des hommes *expérimentés*, les professeurs eux-mêmes, et, après discussion, le programme élaboré par la commission a été adopté (1899). Depuis lors, malheureusement, aucune ville n'a organisé d'écoles. Le prési-

dent de notre section, M. Sabran, dont toutle monde connaît l'ardent dévouement aux institutions de bienfaisance, a introduit le programme qui venait d'être voté à l'école d'infirmières de Lyon. Nous souhaitons vivement qu'au ministère de l'Intérieur on fasse auprès des préfets une active propagande en faveur de la création des écoles d'infirmières, et qu'on y aide par des subventions sur le pari mutuel, qui seraient certes préférables à celles qu'on accorde, dans un intérêt électoral, à des institutions privées d'utilité parfois très douteuse.

La réforme que nous poursuivons tous, c'est d'avoir un personnel secondaire possédant une instruction primaire convenable, une instruction professionnelle sérieuse. Dans certains pays, on fait passer aux postulantes, avant l'inscription, un examen pour se rendre compte de l'instruction primaire et on ajourne celles qui n'ont pas rempli les conditions exigées. Chez nous, on pourra exiger un jour le certificat d'études primaires, quand la loi sur l'obligation de l'instruction sera strictement appliquée. En attendant, pour combler les vides qui surviennent à chaque instant, l'Administration est le plus souvent forcée de prendre les personnes qui se présentent et dont l'instruction laisse à désirer. D'où la nécessité, qui s'est imposée à Paris, d'annexer aux *écoles professionnelles* des *écoles primaires*. C'est ce qui a été fait aux quatre écoles d'infirmiers et en outre dans les hôpitaux ou hospices consacrés aux enfants et dans lesquels il y a pour ceux-ci des institutrices (Enfants assistés, Enfants malades, Trousseau, Berck). Ajoutons encore les cours primaires de Tenon. Contrairement à cette assertion produite récemment au Conseil municipal vingt-un sur vingt-quatre des maîtres et maîtresses sont pourvus du brevet supérieur ou du brevet élémentaire.

Tous les ans, un certain nombre d'infirmiers ou d'infirmières subissent l'examen du certificat d'études. Cinquante-deux l'ont obtenu cette année.

L'*enseignement professionnel* comprend des *cours théoriques*, des *exercices pratiques*, des *compositions*, des *conférences* et enfin un *examen pratique*.

Cet enseignement qui se composait au début de quatre cours, en comprend sept depuis plusieurs années. En voici l'énumération : 1° *Cours d'administration et de comptabilité hospitalières* (7 leçons) ; 2° *Cours de notions élémentaires d'anatomie* (6 leçons) ; 3° *Cours de physiologie*

(6 leçons) ; 4° *Cours de pansements et de petite chirurgie* (19 leçons) ; 5° *Cours d'hygiène* (12 leçons) ; 6° *Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés* (4 leçons) ; 7° *Cours de petite pharmacie* (10 leçons). Ils ont été ou sont faits par d'anciens internes des hôpitaux, des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs, des pharmaciens en chef des hôpitaux ou des agrégés de la Faculté et des membres de l'Académie de médecine.

Les *leçons théoriques* sont complétées par la lecture à l'école primaire, avec explications par les instituteurs, de la partie du *Manuel de l'infirmière* correspondant aux leçons des professeurs, par des *dictées professionnelles*, etc.

Chaque année des *conférences* sont faites par des personnes de bonne volonté. En 1900, mentionnons celles de nos internes sur des sujets divers, des assistants de M. le Dr Pozzi sur le rôle de l'infirmière en *gynécologie*, de M. de Frumerie sur le *massage*, etc.

Nous avons publié sous le titre : *Bibliothèque de l'infirmière* plusieurs petites brochures développant des points spéciaux de l'enseignement ou de la pratique, qui sont mises à la disposition du personnel.

Les *exercices pratiques* sont faits tous les jours, alternativement dans un service de médecine et dans un service de chirurgie, par des surveillantes qui en sont chargées spécialement. Les élèves y viennent par séries. Des registres indiquent les présences, les absences et ce qui leur a été enseigné. Ces exercices portent sur les médicaments d'un usage courant dans les salles, sur les objets de pansement, sur les instruments, etc. On fait faire aux élèves tous les pansements et toutes les petites opérations qui peuvent leur être confiés, appliquer des vésicatoires ou des sangsues, prendre la température, vacciner, pratiquer les injections sous-cutanées, nasales, auriculaires, vaginales, rectales, préparer les appareils, etc, etc.

Le *ventouseur* et la *ventouseuse* de chacun des établissements-écoles leur apprennent à poser des ventouses, le *baigneur* et la *baigneuse* à préparer des bains, à donner les douches. La sage-femme ou la surveillante du service d'accouchement leur apprennent l'emmaillotement, la toilette de l'accouchée, les injections, etc. Un mannequin sert à enseigner l'application des bandes.

Les élèves font deux ou trois *compositions* sur chacun des cours.

Un minimum est fixé pour ces compositions en vue de l'obtention du diplôme. Le diplôme ou certificat d'aptitude, autorisé seulement depuis 1883, n'est accordé qu'aux élèves qui, après avoir suivi régulièrement les cours, ont fait toutes les compositions et obtenu au moins le minimum pour l'une des compositions données dans l'année pour chacun des cours. Voici, d'ailleurs, le tableau des sujets et des points.

Les *exercices pratiques* ont lieu dans les quatre établissements-écoles et aussi, sous le nom de *cours auxiliaires*, dans quelques-uns des hôpitaux trop éloignés des précédents.

Les *examens pratiques* sont subis à la fin de l'année scolaire.

Jusqu'à cette année, les travaux, dans chaque école, étaient clos par une *distribution des prix*, présidée toujours par un représentant de l'Administration. Nous, ou l'un des professeurs, y faisions l'exposé de ce qui avait été fait, signalions les réformes jugées utiles, adressions des remercîments à nos collaborateurs réguliers ou occasionnels et, ainsi que le président, indiquions aux élèves leurs devoirs.

Grâce à cette façon de procéder, nous excitions l'émulation de tous et nous tracions, année par année, l'histoire complète des écoles d'infirmières. Cette année, l'Administration a décidé que cette tâche était superflue, que ni nous, directeur de l'enseignement, ni aucun des professeurs, n'aurait le droit de prendre la parole.

Divers ont critiqué non pas l'organisation des écoles, mais le fonctionnement des écoles et le recrutement des infirmières. Leurs auteurs s'imaginent que dans la direction des écoles nous avons libre carrière et que, en raison des services que nous avons rendus, des sacrifices que nous avons faits, l'Administration accepte nos propositions avec empressement. C'est là une erreur que nous devons relever pour dégager notre responsabilité.

Il est arrivé à l'Administration de nommer là où il y a une école ou des cours auxiliaires, des directeurs ouvertement hostiles, nous ne dirons pas à la laïcisation, mais aux écoles, à l'enseignement professionnel, allant jusqu'à dire que c'était là une dépense inutile et qu'on devrait supprimer. Il est arrivé aussi, amère dérision, que l'Administration nous a imposé comme maîtresses des cours pratiques des surveillantes non diplômées, n'ayant jamais voulu

suivre les leçons des écoles, ou bien encore, sans daigner nous en prévenir et faisant fi de l'enseignement, de déplacer, pour des motifs d'ordre secondaire, dans le courant de l'année scolaire des surveillantes chargées des exercices pratiques, mesure qui pouvait être ajournée sans inconvénient.

Ce que nous venons de dire suffit pour montrer au milieu de quelles difficultés nous n'avons jamais cessé de nous mouvoir. Nous n'en citerons qu'un exemple. Dans le but de donner aux élèves une instruction aussi complète que possible, nous avons demandé que dans les établissements-écoles tous les élèves passent successivement dans tous les services : médecine, chirurgie, accouchement, lingerie, etc. Ce *roulement de service en service*, absolument indispensable, nous n'avons jamais pu l'obtenir. Ce que nous avons dit tout à l'heure en fournit la raison.

Malgré des conditions aussi peu favorables, des résultats considérables, reconnus par toutes les personnes de bonne foi, ont été obtenus. Le personnel secondaire des hôpitaux et surtout les sous-employés est de beaucoup supérieur à celui qui existait avant les écoles. A l'appui, voici d'abord un court résumé de la 23e année scolaire (1899-1900) :

Plus de 800 élèves, infirmiers et infirmières des hôpitaux, élèves libres (mères de familles ou gardes-malades) ont été inscrits dans les quatre écoles ; 536 ont subi les examens pratiques ; 299 ont eu leur diplôme, ce qui démontre que n'a pas le diplôme qui veut, comme des personnes malintentionnées le disent. De 1883 (6e année scolaire) à ce jour (23e année scolaire) il a été délivré 4.080 diplômes, dont 2.121 appartenant au personnel secondaire hospitalier, composé de 5.375 personnes. S'il avait été tenu compte des observations que nous avons faites dans d'innombrables lettres, discours ou rapports, sauf les personnes âgées, tout le reste du personnel secondaire, c'est-à-dire la très grande majorité aurait son diplôme.

Alors qu'en 1878, à l'origine des écoles, les deux tiers du personnel avaient une instruction primaire nulle ou rudimentaire, aujourd'hui 1.058 sous-employés et infirmiers des deux sexes possèdent un diplôme, un brevet ou un certificat d'études primaires.

Nous allons énumérer maintenant les *améliorations* nécessaires, à notre avis, pour assurer un meilleur recrutement des infirmiers

— dont le nombre devrait être réduit progressivement — et des infirmières.

La première est relative aux *habitations*. Demandez, Messieurs, dans les visites que vous ferez dans les hôpitaux, à voir les dortoirs insalubres affectés au personnel et vous serez édifiés. Il faut, ou laisser le personnel se loger (avec indemnité) au dehors, ou donner à chacun et à chacune une *chambre distincte*, hygiéniquement aménagée.

La seconde concerne l'*alimentation*, la troisième l'*habillement* des hommes en été, la quatrième le *service de veille*, confié, en dépit de toute prudence, à des débutants qui, souvent, n'ont jamais soigné de malades.

Il faut doter chaque établissement-école d'un *amphithéâtre* confortablement disposé avec appuie-mains pour prendre des notes, d'une *salle de réunion*, d'un *musée*, et d'une *bibliothèque spéciale*.

Il faut que l'*avancement* soit réglé d'une façon équitable et régulière, à l'imitation de ce qui existe dans les asiles d'aliénés de la Seine; que tous les postes relevant de la profession, dans tous les services d'hygiène et d'assistance, ne soient donnés qu'aux infirmiers et infirmières diplômés; que les salaires du personnel secondaire soient relevés progressivement, ainsi que cela existe à Paris, dans la Seine, en Angleterre, aux États-Unis, etc.; que partout il soit créé des *pensions de repos* et, à l'occasion, des maisons de retraites.

Il faut réclamer la *création d'écoles d'infirmières*, accessibles à tous, personnel hospitalier, gardes-malades, mères de famille, dans toutes les grandes villes de tous les pays où elles n'existent pas encore. Au fur et à mesure de la création de ces écoles, il faudra exiger le *diplôme* d'infirmier ou d'infirmière pour exercer la profession à l'hôpital ou en ville, de même qu'on exige le brevet de capacité pour exercer le métier d'instituteur ou d'institutrice.

En terminant nous demandons à la section d'adopter la proposition ci-après:

« Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé dans toutes les grandes villes de tous les pays, des écoles publiques et gratuites d'infirmières, annexées ou reliées aux hôpitaux; invite les gouvernements à inter-

venir pour faciliter ces créations; demande que, ultérieurement, on ne puisse exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière qu'à la condition d'être pourvu du diplôme.»

M. Delcourt. — L'Assistance publique de Paris possède des établissements hospitaliers en province. Il faudrait que les infirmiers de ces établissements pussent venir à Paris concourir pour les examens et les diplômes.

M. le Dr Bourneville. — L'idée est bonne, on a essayé déjà de l'appliquer, mais elle coûte cher. Il vaudrait mieux n'envoyer en province que des infirmiers diplômés.

M. le Dr Berthod. — La question du personnel secondaire est très intéressante. Aujourd'hui on ne peut plus faire de traitement avec des infirmiers sales et ignorants. Il faut avant tout que l'infirmier soit propre et pour cela il convient de lui donner des habitudes personnelles de propreté. Il faut le loger convenablement, lui fournir de l'eau et du savon, et lui donner une instruction professionnelle pratique. Mais pour que le futur infirmier puisse profiter de l'enseignement, il convient de ne pas s'adresser à des gens fatigués par le travail de la journée. La vraie solution consisterait à n'employer que des infirmiers déjà diplômés. Aujourd'hui on a de la peine à recruter ce personnel, pourquoi? parce que la profession est disqualifiée. Relevez la situation de l'infirmier, logez-le mieux, payez-le mieux, faites-lui une situation morale supérieure, et vous verrez venir à vous des hommes et des femmes de choix. Il suffit de constater ce qui a déjà été accompli à Lyon, pour se convaincre que le problème n'est pas insoluble. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Je vous remercie des éloges que vous voulez bien adresser à l'administration des hospices de Lyon. Il y a des points sur lesquels je ne suis pas d'accord avec M. le Dr Bourneville, il y en a d'autres au contraire au sujet desquels je me déclare son disciple. C'est M. le Dr Bourneville qui m'a révélé la nécessité de créer des écoles d'infirmières. J'avais cru pendant longtemps, que le dévouement était chose suffisante.

A Lyon nous avons commencé par développer l'instruction primaire, puis nous nous sommes occupés de l'instruction professionnelle et sur ce point nous estimons que le stage et l'instruction pratique doivent passer avant les cours théoriques.

Nous avons créé une école d'infirmières ouverte à tout le monde, aux laïques comme aux congréganistes. La règle est la même pour tous. La durée de l'enseignement est d'une année avec un stage obligatoire de deux mois dans chaque service. A la fin de l'année des examens ont lieu et les diplômes, s'il y a lieu, sont décernés.

C'est vous M. Bourneville qui êtes l'initiateur de l'école de Lyon avec cette différence que nous ouvrons l'école à tout le monde, aux laïques comme aux religieuses. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Bourneville. — Je voudrais que l'exemple de Lyon fut suivi ailleurs. Vous ouvrez dites-vous votre école à tout le monde, également permettez-moi de vous dire que nos cours à nous sont publics et gratuits. Si les religieuses n'y sont pas venues c'est qu'elles ne l'ont pas voulu. Consulté un jour sur l'admission d'un groupe de religieuses à l'école de la Pitié, j'ai donné mon plein acquiescement.

M. le Président. — Je mets aux voix le vœu qui est proposé. Il est ainsi conçu.

La section émet le vœu :

« De voir développer les écoles dans lesquelles on forme des infirmières. Elle émet également le vœu que, dès que ces écoles seront en nombre suffisant, le diplôme soit exigé pour entrer comme infirmière dans les hôpitaux. »

— Le vœu est adopté.

— La séance est levée à 6 heures.

DEUXIÈME SÉANCE

(Mardi 31 juillet 1900.)

Sommaire. — Conclusion de la discussion sur l'assistance à domicile aux femmes en couches. — Adoption d'un vœu formulé par M. Robineau-Pineau. — Discussion du mémoire de MM. le Dr Giraud et Chandelier sur le domicile de secours des aliénés. — Adoption des conclusions du mémoire amendées par M. Dreyfus-Brisac. — Discussion du mémoire de M. le Dr Toulouse sur les hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés. — Adoption de la conclusion proposée par M. Hovy. — Fixation de l'ordre du jour du lendemain.

Président français : M. le Dr Armaingaud.
Président étranger : M. Hovy.

La séance est ouverte à 9 heures du matin au Palais des congrès.

M. le Dr Armaingaud, *président.* — La parole est à M. Robineau-Pineau pour la suite de la discussion sur l'assistance aux femmes en couches.

M. Robineau-Pineau. — Dans la séance d'hier, nous avons longuement discuté la question de l'assistance aux femmes en couches; tout le monde a fait l'éloge de l'initiative qui a été prise par M. le Dr Pecker à Maule (Seine-et-Oise). Je vous demande de donner une sanction à cette discussion en adoptant le vœu suivant :

« Le Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée, considérant que l'assistance maternelle à domicile pratiquée par l'Association des Dames mauloises et par les œuvres fondées, à son instar, au Havre et à Saint-Rambert (Rhône) poursuit un but d'intérêt général, social et humanitaire, appelle l'attention des pouvoirs publics et des institutions privées, sur la nécessité de favoriser le création d'institutions analogues. »

— Ce vœu est adopté.

— L'ordre du jour appelle la discussion de la question :

Du domicile de secours des aliénés.

M. le Dr Giraud. — La question qui est soumise à votre approbation est celle de savoir quel doit être le domicile de secours des aliénés, et par conséquent quelle est la collectivité qui aura à prendre à sa charge l'entretien des aliénés nécessiteux.

Cette question du domicile de secours se retrouve pour toutes les catégories de nécessiteux à assister, mais elle a une importance spéciale lorsqu'il s'agit d'assister un malade dont l'entretien exigera une charge, souvent de longue durée.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que non seulement il faut assister les aliénés, mais qu'il faut les assister dès le début de la maladie. Tel aliéné qu'aurait guéri un traitement de quelques mois risque, si ce traitement ne lui est pas donné assez tôt, de devenir incurable et par conséquent de tomber, pour toute sa vie, à la charge de la charité publique.

Or, pour que l'assistance soit immédiatement donnée aux aliénés nécessiteux, il importe de bien déterminer à qui incombe la charge de cette assistance, pour qu'il n'y ait ni lenteur ni conflits.

Quelle est la collectivité qui doit avoir cette charge? En France, jusqu'à ces dernières années, le domicile de secours pour toutes les catégories de nécessiteux était établi d'après la loi du 24 vendémiaire an II.

Le lieu de naissance était le lieu naturel du domicile de secours. Ce domicile persistait jusqu'à la majorité, et ensuite jusqu'à ce qu'on eût acquis un autre domicile par un séjour d'une certaine durée dans une autre commune.

Mais il peut parfaitement arriver que la commune, dans laquelle l'aliéné est né et qui aura la charge de son entretien, soit beaucoup trop pauvre pour pouvoir faire face à une pareille dépense. La loi de 1838, sans atteindre le principe du domicile de secours, a admis que le placement d'office par arrêté préfectoral devait créer l'obligation du secours communal et du secours départemental.

Nous estimons que pour assister l'aliéné il faut prendre une col-

lectivité plus étendue que celle de la commune et nous estimons en même temps que l'assistance aux aliénés doit toujours être assurée avec la plus grande rapidité.

Aussi proposons-nous les conclusions suivantes :

« 1° Le traitement des aliénés indigents doit toujours être assuré dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'aucun retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu;

« 2° Le domicile de secours des aliénés doit être à la fois local et régional pour mieux répartir les charges de l'assistance;

« 3° Lorsque, par le fait de migrations dans le pays, l'aliéné a perdu tout à la fois son domicile de secours local et régional, la charge de son assistance doit incomber à l'État. »

Comme nous sommes dans un Congrès international, nous avons le devoir de nous préoccuper du sort des aliénés étrangers.

La plupart des pays font rapatrier leurs nationaux aliénés et, d'une manière générale, on ne peut qu'émettre le vœu de voir cette mesure se généraliser. Cependant nous avons deux réserves à faire. La première vise le cas où un réfugié politique deviendrait aliéné. On ne peut pas admettre qu'une maladie, la folie, puisse avoir pour effet d'autoriser l'extradition qui ne serait pas accordée si l'individu était demeuré en bonne santé.

La seconde réserve vise le cas où l'aliénée, par suite de son mariage avec un étranger, a changé de nationalité. Il serait peu humain de transférer cette aliénée dans le pays d'origine de son mari, dans un pays dont elle ne connaîtrait ni la langue ni les mœurs et où elle n'aurait ni parents, ni amis.

C'est pour permettre de trancher toutes ces questions que nous proposons une quatrième résolution ainsi conçue :

« Aucun gouvernement ne doit se désintéresser de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger, et des conventions internationales doivent régler les divers cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance. »

Telles sont les conclusions que nous soumettons au Congrès. (*Très bien. Très bien. Applaudissements.*)

M. le Dr Drouineau. — La question soulevée par le rapport de M. le Dr Giraud et de M. Chandelier est excessivement intéressante. Il y a des personnes qui voudraient une loi d'ensemble sur le domicile de secours; d'autres, au contraire, demandent que le domicile de secours soit réglé suivant les espèces. La formule de la loi d'assistance médicale ne peut s'appliquer à tous les cas et M. Giraud a bien fait de soulever la question en ce qui concerne l'application de cette loi aux aliénés. Il y a des aliénés qui ont perdu leur domicile de secours communal et qui n'en ont pas acquis un autre. La loi de 1838 a fait pour le domicile de secours départemental : l'État ne peut accepter en conséquence de tout payer et de ne rien demander à la commune ou au département.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Admettez-vous que pour tous les aliénés il doit y avoir un domicile de secours local et un autre régional ?

M. le Dr Giraud. — Oui.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Je ne puis me rallier à cette formule; je n'admets pas que, dans tous les cas, la commune soit déchargée d'une partie de la dépense qui lui incombe de ce chef. Le grand principe est qu'avant tout l'assistance doit être communale.

M. Hovy. — En Hollande, nous avons le système proposé par M. Giraud. Les deux tiers de la dépense de l'aliéné pauvre sont à la charge de la commune et l'autre tiers est payé par l'État et la province.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Pour tous les aliénés quels qu'ils soient ?

M. Hovy. — Oui.

M le Dr Dreyfus-Brisac. — C'est la suppression complète du principe du domicile de secours. En France, il y a des gens qui peuvent ne pas avoir de domicile de secours communal, mais il est incom-

préhensible qu'un individu ait un domicile de secours à la fois local et régional. Ceci dit, bien entendu, j'admets que lorsqu'il s'agit de frais d'entretien d'un aliéné, la participation du département ou de l'État doit être plus importante que lorsqu'il s'agit d'autres malades.

Je propose la rédaction suivante :

« Lors même que leur domicile de secours est communal, les dépenses occasionnées par les aliénés indigents devront être en partie supportées par la collectivité supérieure, province, département ou État. »

M. Robineau-Pineau. — Pour ma part, j'appuie les conclusions de M. Giraud, surtout en ce qui concerne l'entente internationale.

M. le Dr Philippe Rey. — Dans ses conclusions M. Giraud demande que le traitement des aliénés indigents soit toujours assuré. En France, ce traitement est toujours assuré, et c'est après le placement que les recherches sont faites pour établir le domicile de secours de l'aliéné.

M. Louis Paulian. — Cela dépend des circonstances. Sans doute, lorsqu'un homme, fou dangereux, erre dans la rue, l'autorité supérieure le fait arrêter et interner, mais lorsqu'il s'agit d'un homme qui n'est qu'au début de sa maladie, souvent on le garde pendant des semaines dans les postes de police et dans les prisons en attendant qu'on ait déterminé son domicile de secours.

Ce que M. Giraud demande et ce que je demande avec lui, c'est que, le fou étant un malade, on se préoccupe avant tout de lui donner les soins dont il a besoin.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. Giraud.

Le paragraphe premier est adopté.

M. le Dr Giraud. — Sur le paragraphe 2 j'accepte la rédaction de M. le Dr Dreyfus-Brisac.

— Cette rédaction est adoptée.

— Le paragraphe 3 est adopté.

M. le Dr Philippe Rey. — J'appuie de toutes mes forces le paragraphe 4° des conclusions de M. le Dr Giraud, qui tendent à faire régler par des conventions internationales les divers cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance.

Un étranger fixé en France depuis de longues années et marié à une Française devient aliéné, le gouvernement étranger auquel il appartient le réclame et le malheureux quitte la France où il laisse sa femme et ses enfants. Cette séparation est cruelle pour tous, et elle est souvent mauvaise pour le malade. Il serait facile de décider, par un accord international, que dans des cas semblables le malade pourra rester dans le pays où il était domicilié, sa pension devant être payée par le gouvernement étranger.

M. le Dr Briand. — Le cas est encore plus intéressant lorsqu'il s'agit d'une femme qui a changé de nationalité par le fait de son mariage, mais qui ne connaît ni le pays, ni la langue du pays dans lequel on veut l'interner.

M. le Dr Drouineau. — Un accord international pourra régler tous ces cas.

— Le paragraphe 4 des conclusions de M. le Dr Giraud est adopté.

M. le Président. — En conséquence le texte définitivement voté est le suivant :

« 1° Le traitement des aliénés indigents doit toujours être assuré, dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'aucun retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu ;

« 2° Les dépenses occasionnées par les aliénés indigents devront être en partie supportées par la collectivité supérieure : province ou département et par l'État, lors même que le domicile de secours est communal ;

« 3° Lorsque, par le fait de migrations dans le pays, l'aliéné a perdu tout à la fois son domicile de secours local ou régional, la charge de son assistance doit incomber à l'État;

« 4° Aucun gouvernement ne doit se désintéresser de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger, et des conventions internationales doivent régler les divers cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance. »

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la question :

Du patronage des nécessiteux sortant des asiles d'aliénés.

M. le Dr Giraud. — Nous venons de reconnaître la nécessité de soigner les aliénés dès que les signes de folie ont apparu. Mais il ne suffit pas de soigner les aliénés, il faut encore se préoccuper de leur venir en aide lorsqu'ils sortent des établissements spéciaux dans lesquels ils ont été soignés.

Ce patronage des aliénés doit ressortir de la bienfaisance privée. On a dit que ce patronage ne pouvait être organisé qu'en violant le principe du secret professionnel. C'est une erreur. On ne viole pas un secret en permettant à un nécessiteux de demander assistance parce qu'il a été malade. C'est le nécessiteux qui vient frapper à la porte de la société de patronage et celui qui l'assiste est lié lui-même par le secret professionnel. Il ne doit pas révéler le nom du malheureux qu'il patronne.

Dans le département de la Seine-Inférieure, nous avons institué une caisse de secours pour venir en aide aux aliénés nécessiteux sortis des asiles des Quatre-Mares et de Saint-Yon. Cette caisse est alimentée par le pécule des aliénés décédés et par des dons. Elle donne des secours en argent et en vêtements. La première année de sa fondation elle a assisté 24 personnes, auxquelles elle a distribué 260 francs et 45 objets de vêture.

En 1899, c'est-à-dire la septième année, elle a assisté 42 personnes, auxquelles elle a distribué 680 francs et 136 objets de vêture.

Ce sont des institutions de ce genre que nous voudrions voir

fonder en grand nombre et c'est pour cela que nous proposons à la section d'émettre le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que l'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne soit pas limitée à quelques régions privilégiées, et que cette assistance soit organisée partout où elle fait défaut aujourd'hui ; qu'à cet effet, tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage. »

M. le Dr Thivet, *médecin de l'asile de Clermont.* — Il faut distinguer deux sortes de nécessiteux parmi les aliénés guéris sortant des asiles :

1° Ceux qui étaient déjà assistés comme indigents avant leur internement ;

2° Ceux qui, avant cet internement, travaillaient régulièrement et qui deviennent nécessiteux par suite de la difficulté, et parfois de l'impossibilité où ils se trouvent de se procurer du travail à la sortie de l'asile.

Pour les premiers, j'estime que l'asile n'a pas à se substituer aux institutions de bienfaisance publique ou privée régulièrement constituées et, en cela, je partage l'opinion de M. le Dr Cortil, qui, au congrès de Rouen, demandait aux organisateurs d'une caisse de secours de ne point la transformer en succursale du bureau de bienfaisance.

Pour les autres, la mesure adoptée par M. le Dr Giraud non seulement n'est pas l'idéal, ainsi qu'il l'avoue lui-même, mais me paraît tout à fait insuffisante.

Que se passe-t-il en effet lorsqu'un aliéné, je parle de ceux qui appartiennent à la seconde catégorie, sort de l'asile. On lui remet une certaine somme, 10 francs, 20 francs, prélevée sur la caisse de secours. Cette somme vient s'ajouter au pécule qui lui appartient de droit et lui permet de vivre pendant plusieurs jours. Je néglige bien entendu ceux de nos aliénés guéris dont la caisse de secours a payé les libations et réjouissances immédiates destinées à célébrer le retour à la liberté (ce n'est point un fait exceptionnel), je m'attache à ceux dont l'économie a été manifeste et qui ont cherché sincèrement à retrouver leur ancienne situation ou à s'en créer une autre.

Eh bien ! il faut l'avouer, très souvent leurs démarches; leurs efforts restent stériles. ils se heurtent à chaque pas à des préjugés bien connus et dans une certaine mesure excusables, et les quelques francs reçus à la sortie de l'asile ne servent qu'à retarder le moment où, malgré leur bonne volonté, ils vont se trouver aux prises avec les difficultés de l'existence avec la misère sous toutes ses formes.

Je pense donc, sans condamner le principe des caisses de secours, qu'il y a mieux à faire, et à ce propos je rappelle ce que disait hier M. Louis Paulian à la séance générale : « La charité n'est pas affaire d'argent, mais affaire de cœur. » C'est surtout un patronage moral qui convient à l'aliéné guéri, et tous nos efforts doivent avoir pour but de lui rendre la place qu'il occupait dans la société. Il ne faut pas oublier que celui auquel nous ouvrons les portes de l'asile ne recouvre pas de ce chef toutes les aptitudes qui lui sont nécessaires, il faut qu'il soit aidé, qu'il puisse trouver un appui, un conseil, un intermédiaire pour lui faciliter les recherches auxquelles il va se livrer, lui épargner autant qu'il est possible les déboires et surtout les humiliations. C'est là, du moins, ce que je crois être la véritable ligne de conduite pour le relèvement de l'aliéné guéri.

Je ne me dissimule pas combien cette forme d'assistance morale est délicate, je prévois même les difficultés, mais la tâche n'est pas au-dessus de vos forces, et les bonnes volontés ne manqueront pas.

Sous le bénéfice de ces quelques observations, j'ai l'honneur de proposer de modifier de la façon suivante les conclusions de M. le Dr Giraud.

Le Congrès émet le vœu :

« 1° Que l'assistance aux aliénés guéris et nécessiteux sortant des asiles soit organisée partout où elle fait défaut;

« 2° Que l'assistance aux aliénés guéris et nécessiteux ne soit pas limitée à de simples dons en argent ou en nature, mais qu'elle s'étende au relèvement social de l'aliéné, tant au moyen de sociétés de patronage que de tout autre comité d'assistance publique ou privée;

« 3° Qu'à cet effet, tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage ou tout autre

comité dont la mission principale sera de contribuer au relèvement moral et social de l'aliéné guéri. »

M. le Dr Philippe Rey. — Dans une autre assemblée j'ai proposé d'accorder à l'aliéné nécessiteux, amélioré, qui rentre dans sa famille, la moitié du prix de journée qu'il coûtait à l'établissement, à la condition, bien entendu, qu'il recevrait dans cette famille les soins qui lui sont nécessaires. J'ai trouvé ainsi le moyen d'intéresser le département de Vaucluse à cette œuvre de patronage. C'est à dessein que j'emploie l'expression *amélioré,* car si l'aliéné est guéri, on ne lui donne plus rien après le complèment de pécule qu'il reçoit à sa sortie.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Cette proposition est excellente, mais elle n'a pas le caractère international que doivent avoir nos résolutions.

M. Le Fort (*Suisse*). — En Suisse, il existe des sociétés privées qui font ce patronage et qui obtiennent d'excellents résultats.

M. le Dr Giraud. — Je me rallie volontiers au vœu de M. le Dr Thivet de ne pas borner le patronage à l'allocation de secours en argent. Dans mon rapport j'ai dit qu'il fallait et des secours en argent, et des secours en nature, et des secours moraux. J'ai parlé de certaines organisations allemandes qui ont établi ce qu'on appelle *le correspondant, l'homme de confiance*. Je ne puis donc qu'accepter la motion de M. Thivet.

M. Thivet, dans sa rédaction, parle d'*aliénés guéris*. M. Rey demande qu'on dise les *aliénés améliorés,* mais je n'emploie ni l'une ni l'autre de ces expressions et je vise les *nécessiteux sortant des asiles d'aliénés,* qu'ils soient guéris ou améliorés.

Je demande le maintien de mon texte, auquel on ajouterait un paragraphe additionnel que M. Thivet rédigerait au sujet de la nécessité d'organiser un patronage moral. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. le Dr Giraud.

Elles sont ainsi conçues :

« Le Congrès émet le vœu que l'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne soit pas limitée à quelques régions privilégiées, et que cette assistance soit organisée partout où elle fait défaut aujourd'hui ; qu'à cet effet, tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage. »

— Ces conclusions sont adoptées.

M. le Président. — Je mets aux voix le paragraphe additionnel suivant proposé par M. Thivet :

« Que cette assistance ne soit pas limitée à de simples dons en argent ou en nature, mais qu'elle s'étende au relèvement social de l'aliéné. »

Ce paragraphe additionnel est adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions du rapport de M. le Dr Toulouse, *médecin en chef de l'asile de Villejuif.*

Sur les hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés.

M. le Dr Ed. Toulouse. — La question de la séparation des aliénés en curables et incurables est une de celles qui ont été le plus agitées. L'expérience prouve que 90 p. 100 des aliénés qui guérissent, guérissent dans la première année ; — après la première année, les chances de guérison diminuent dans des proportions considérables. Je suis parti de cette donnée pour demander la séparation des aliénés en deux catégories : les récents et les anciens. Les *récents*, qui seront considérés comme curables, seraient soignés dans des hôpitaux et par un personnel nombreux. Les *anciens*, dont la plupart sont incurables, seraient internés dans des hospices où ils trouveraient les soins médicaux les plus indispensables. Aujourd'hui, faute d'avoir cette séparation, on établit une moyenne de traitement qui dépasse ce qui est strictement dû aux chroniques et qui est, au contraire, très inférieure aux nécessités des malades curables.

Je désire que les sacrifices d'argent faits par la société soient en

rapport de leur utilité et que les plus importants servent à la remise en valeur des aliénés aigus, qui sont des forces sociales momentanément paralysées, mais qui, si on peut les réactionner, compenseront et au delà les dépenses de traitement.

Après cette séparation des aliénés en deux catégories, je propose la création d'un quartier demi-ouvert et d'un quartier ouvert.

Dans le quartier demi-ouvert, les malades jouiraient d'une certaine liberté. Ils auraient le droit de circuler dans les environs de l'asile, et quelques-uns hors de l'asile. L'aménagement intérieur rappellerait la maison privée. Il y aurait notamment un salon avec piano ou billard.

Dans le quartier ouvert, on placerait les malades convalescents et ceux dont les troubles mentaux ne justifient pas l'internement. Les malades placés dans ce quartier seraient tout à fait libres, et ne seraient plus sous le coup de la loi de 1838. Ils pourraient sortir volontairement et aller en ville chercher du travail, tout en restant, dans une certaine mesure, sous la surveillance du médecin.

C'est pour réaliser ces réformes que je propose au Congrès les conclusions suivantes :

« 1° L'intérêt des malades et une économie bien comprise commandent d'assister dans des établissements spéciaux les aliénés aigus (récents), dont beaucoup sont curables, des aliénés chroniques (anciens), dont la plupart sont incurables ;

« 2° Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux, que l'on désignera par les noms d'aliénistes célèbres ;

« 3° Les hôpitaux pour les aliénés aigus reçoivent les nouveaux malades et ne les conservent que jusqu'à la fin de la première année de l'hospitalisation ;

« 4° Chaque hôpital d'aigus contiendra un quartier ouvert où les malades ne seront pas internés et dont le régime servira, aux convalescents, d'intermédiaire entre la vie recluse de l'hôpital et l'existence libre du dehors ;

« 5° Dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne

dépassera pas 150 malades et la proportion des infirmiers n'y sera pas inférieure à un par 10 patients. »

M. le Dr Drouineau. — La proposition de M. le Dr Toulouse est d'un grand intérêt. Elle réaliserait une innovation qui mérite de retenir notre attention. Pour mon compte, j'y adhère bien volontiers. La question se posera surtout quand il s'agira de construire des établissements neufs.

En ce qui concerne le quartier ouvert, c'est une autre question. Pour faire un quartier ouvert, il faut modifier la loi de 1838 ; il faut en outre statuer sur la question de responsabilité au point de vue des délits que l'aliéné pourrait commettre. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Dr Marie. — J'appuie les conclusions de mon collègue le Dr Toulouse. Je demande notamment que, dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne dépasse pas 150 malades et que la proportion des infirmiers ne soit pas inférieure à un par dix patients.

M. Drouineau a paru craindre les inconvénients qui résulteraient de la création d'un quartier ouvert ou demi-ouvert. Je lui ferai remarquer que nous sommes déjà entrés un peu dans cette voie en donnant des congés d'essai aux malades. Le quartier ouvert ne serait dépourvu ni de toute discipline ni de toute surveillance. Pour leurs premières sorties, les pensionnaires seraient accompagnés par des gardiens ou des membres de leur propre famille.

Si le malade, qui passe par la section ouverte, n'a donné lieu à aucune difficulté, on pourra alors concevoir pour lui le placement dans une famille étrangère.

M. le Dr Toulouse. — Le chiffre de 150 malades que j'ai indiqué me paraît devoir être le maximum de la population d'un service médical.

Quant aux quartiers ouverts, leur création ne doit nullement entraîner, comme conséquences, la responsabilité du médecin. Si la loi rendait le médecin responsable des délits que commettrait l'aliéné, la proportion des aliénés qu'on mettrait dans ces quartiers serait tellement minime que la réforme échouerait.

M. Hovy. — Je suis heureux de pouvoir dire que la Hollande a réalisé en partie les idées de M. le Dr Toulouse.

Dans mon pays, on a commencé depuis une quinzaine d'années d'introduire le système des petits établissements, ne contenant qu'un petit nombre de malades, soignés par un personnel nombreux. Ce système sera, si je ne me trompe, le système de l'avenir.

Autant que je puis en juger, et l'expérience me l'a appris, les grands dépôts doivent disparaître, cependant il y en a encore plusieurs dans mon pays.

C'est l'initiative particulière qui, la première, a accepté le système des petits établissements (système des pavillons.) Une réunion de confession protestante a commencé l'œuvre en 1885. En ce moment-ci, elle possède trois asiles dans les différentes parties de la Hollande (nord, centre, sud), divisés en plus de 40 pavillons, dans lesquels environ 1.000 malades sont soignés. Le plus grand nombre d'hospitalisés dans un pavillon est de 35 à 40, et sur 4 à 5 malades on compte un infirmier.

Une chose bien importante est de trouver *du travail* pour les patients. Dans les asiles dont je parle, environ 60 p. 100 des malades masculins et féminins produisent régulièrement de l'ouvrage.

Il est indispensable de disposer de vastes espaces pour réaliser tout cela. Nos asiles se trouvent tous à la campagne et possèdent des terrains larges et attrayants par la belle nature.

Le malade, quoique ne pouvant être libre, doit avoir autant que possible l'illusion de la vie libre.

M. le Dr Briand. — Il ne me paraît pas nécessaire de modifier la loi de 1838 pour créer des quartiers transitoires, car les malades qui seront mis dans ces quartiers ne sont plus des aliénés.

M. Delcurrou. — Quel que soit le titre que l'on donne au quartier ouvert, quelles que soient les personnes que l'on y place, la question de responsabilité demeure la même.

Les crimes ou délits commis par les pseudo-aliénés rendraient responsable ou le médecin ou le directeur de l'établissement ou le tuteur.

M. le Dr Drouineau. — Je crois que la question de responsabilité doit être tranchée.

M. le Dr Toulouse dit que si le médecin est responsable, celui-ci n'enverra personne dans le quartier ouvert. Je lui réponds qu'aujourd'hui, avec la législation de 1838, ou l'aliéné est malade ou il est guéri. S'il est malade, il doit rester à l'établissement. S'il est guéri, il est libre ; et il n'appartient à personne de l'enfermer dans un quartier ouvert ou demi-ouvert. Je reconnais qu'il serait bon, au lieu de rendre brusquement la liberté à un aliéné guéri, d'admettre certaines transitions ; mais ce régime transitoire ne peut avoir lieu que sous la responsabilité du médecin. Tant que le billet définitif de sortie n'est pas signé, il faut qu'il y ait quelqu'un de responsable.

M. le Dr Briand.— Il ne s'agit pas d'enfermer un malade de force dans un établissement ouvert, mais d'offrir ce refuge au malade qui voudra l'accepter. Voici un homme qui est guéri. Le médecin peut lui signer son billet de sortie. Cependant, il n'ose le faire.

Pourquoi ? Parce qu'il sait que ce malheureux, quand il rentrera chez lui, ne trouvera plus ni sa femme ni ses enfants, et peut-être même qu'il lui sera impossible de se procurer du travail. En le plaçant dans le quartier ouvert, on lui facilitera la transition entre la vie recluse et la vie libre ; et on le préparera doucement à sa nouvelle existence.

M. le Dr Toulouse. — Je ne comprends vraiment pas la question de responsabilité que vient de poser M. Delcurrou. Je suis médecin en chef de l'asile de Villejuif. Le jour où je déclare qu'un de mes malades est dans un état mental tel que son internement n'est plus justifié, ce malade quitte l'établissement. Il devient absolument libre, et moi je ne suis plus responsable des actes qu'il peut commettre.

M. Delcurrou. — Et moi je soutiens que la responsabilité pour les actes que commettra l'aliéné retombera sur le médecin, le directeur ou le gérant qui s'est chargé de ce malade. Si, devant le tribunal, l'aliéné est déclaré responsable, évidemment la question ne se pose pas ; mais s'il est déclaré irresponsable, les tiers lésés

s'adresseront aux personnes qui auront eu l'imprudence de garder ce malade.

M. le Dr Toulouse. — J'ai peine à comprendre cette théorie. Je le répète, je suis médecin aliéniste; on m'amène un malade, après l'avoir examiné de mon mieux, je déclare qu'il ne doit pas être enfermé. Mon conseil est suivi, et le malade est laissé en liberté. Mais je me suis trompé: ce malade était aliéné. Il commet un délit, et cependant je ne suis pas responsable, à moins peut-être de faute lourde. Telle est la législation actuelle. Pourquoi, dès lors, voudriez-vous me rendre responsable des délits qui seraient commis par les malades du quartier ouvert? Dans ce quartier, si vous le voulez, on ne mettra que des malades, ayant leur billet de sortie, qui, par cela même, au point de vue légal ne seront plus des aliénés.

M. le Dr Drouineau. — La proposition de M. le Dr Toulouse soulève une autre difficulté au point de vue administratif. M. Toulouse nous dit qu'il ne mettra dans le quartier ouvert que des malades munis de leur billet de sortie. Mais alors ces malades, au point de vue administratif, ne seront plus des malades, et l'administration de l'asile ne pourra plus réclamer leur prix de journée.

M. le Dr Toulouse. — C'est aux départements qu'il appartiendra de dire s'ils veulent ou non faire les frais de ces quartiers spéciaux.

M. le Président. — Je ferai remarquer que les conclusions de M. Toulouse ne font pas allusion à la question de responsabilité, qui, dès lors, reste entière. Personne ne demandant plus la parole, je mets aux voix ces conclusions.

Le paragraphe premier de M. Toulouse est adopté.

M. le Dr Drouineau. — Dans le second paragraphe, M. le Dr Toulouse demande qu'on désigne les hôpitaux d'aliénés par les noms d'aliénistes célèbres. Je ne crois pas nécessaire de prescrire à ce sujet une règle impérative, car il pourrait très bien y avoir des hôpitaux créés à l'aide de fondations privées et devant porter

le nom de leurs fondateurs. Je demande, en conséquence, qu'on supprime la deuxième phrase du second paragraphe des conclusions de M. Toulouse. (*Très bien. Très bien.*)

— La seconde phrase est supprimée et le paragraphe 2 est adopté dans les termes suivants :

« Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux. »

M. le Président. — Nous arrivons au paragraphe 3.

M. le Dr Philippe Rey. — M. le Dr Toulouse veut que les hôpitaux pour aliénés aigus ne conservent leurs malades que jusqu'à la fin de la première année de l'hospitalisation. Je trouve choquant, pénible et dangereux, de faire ainsi passer un malade d'un asile de curables dans un asile d'incurables. Le délai d'un an, imparti aux médecins, pour décider si le malade est ou n'est pas curable, me paraît trop restreint. Pourquoi établir une limite si stricte ?

M. le Dr Toulouse. — Évidemment, la règle ne sera pas absolument inflexible. Elle indique la limite qui résulte de l'expérience.

M. le Dr Briand. — Je propose de dire :

« Les hôpitaux pour les aliénés aigus reçoivent les nouveaux malades et ne les conservent *que pendant la période aiguë de curabilité.* »

M. le Dr Toulouse. — Ce serait l'arbitraire.

— Le paragraphe 3 des conclusions de M. Toulouse est mis aux voix et n'est pas adopté.

M. le Président. — Nous passons au paragraphe 4.

M. le Dr Drouineau. — Je demande la suppression de ce paragraphe, qui soulève la question de responsabilité.

M. le Dr Toulouse. — Je propose de modifier légèrement mon texte en disant :

« A chaque hôpital d'aigus sera annexé un quartier ouvert. »

Le mot *annexé* n'indique pas où sera le quartier.

M. le Dr Philippe Rey. — J'appuie la suppression de ce paragraphe.

— Le paragraphe 4 est mis aux voix ; il n'est pas adopté.

M. le Président. — Reste le paragraphe 5 et dernier, ainsi conçu :

Dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne dépassera pas 150 malades, et la proportion des infirmiers n'y sera pas inférieure à un par 10 patients. »

M. Hovy. — Je propose que le chiffre des malades soit fixé au maximum de 50, et qu'il y ait un infirmier par 5 hospitalisés.

— La proposition de M. Hovy est adoptée.

— La section décide que les rapports de MM. le Dr Toulouse, le Dr Picqué, le Dr Marie et Savouré-Bonville, qui étaient à l'ordre du jour d'aujourd'hui, et qui n'ont pu être discutés, seront reportés à l'ordre du jour de demain.

— La séance est levée à midi.

TROISIÈME SÉANCE

(Mercredi 1er août 1900.)

Sommaire. — Discussion du mémoire de M. Wallerstein sur la création et le fonctionnement d'un hôpital à la campagne. — Adoption de la conclusion présentée. — Discussion du mémoire de M. le Dr Dom Sauton sur l'assistance aux lépreux à l'heure actuelle. — Adoption de la conclusion présentée. — Discussion d'une communication verbale de M. le Dr Bourneville sur l'assistance aux enfants arriérés. — Adoption de la conclusion présentée. — Discussion du mémoire de M. le Dr Toulouse sur un projet de statistique internationale des aliénés. — Adoption du vœu proposé. — Discussion du mémoire de M. le Dr Marie sur le placement familial des aliénés. — Adoption de la conclusion modifiée par l'auteur du mémoire. — Discussion et adoption d'un vœu concernant les modes d'assistance aux aliénés présenté par M. le Dr Toulouse.

Président français : M. le Dr Dreyfus-Brisac.
Président étranger : M. Hovy.

La séance est ouverte à 9 heures du matin, au Palais des congrès.

M. le Dr Dreyfus-Brisac, *président*. — L'ordre du jour de la séance de ce matin comportait, au premier rang, la suite de la discussion des rapports qui n'ont pas pu être discutés hier. MM. les Drs Toulouse, Picqué et Marie n'étant pas présents, nous allons, si la section le veut bien, passer à la question suivante :

Création et fonctionnement d'un hôpital à la campagne.

Je donne la parole à M. Paul Wallerstein.

M. Paul Wallerstein. — J'ai eu l'honneur de déposer un mémoire qui conclut à la possibilité de développer la création des hôpitaux de campagne, en faisant appel à « la charité privée ». Je demande la permission d'expliquer rapidement ces conclusions.

On ne peut certes pas demander à la charité privée de faire seule

le nécessaire partout et toujours, mais c'est à elle qu'il appartient, à notre avis, de se mettre à la tête du mouvement qui aurait pour but la création et l'entretien de petits hôpitaux de campagne; ce mouvement serait suivi par les communes et les départements, et l'État ne lui refuserait sans doute pas son concours financier.

Comment donc provoquer ce mouvement? Au moyen de la propagande, par l'exemple, répondrons-nous. Nous espérons faire partager la confiance que nous avons dans l'efficacité de ce moyen, en rappelant que c'est à l'exemple de ce que Mme Isaac Pereire a fait à Tournan (Seine-et-Marne) qu'est due la création de notre petite maison hospitalière d'Arès (Gironde) et en faisant connaître aujourd'hui qu'à Ballan (Indre-et-Loire), Mmes Salvador et Brandon, s'inspirant de ce qui avait été fait à Arès, viennent de fonder et d'ouvrir un hôpital de campagne.

Eh bien, Messieurs, puisque la connaissance, l'exemple de ce que la charité privée avait fait en Seine-et-Marne ont, par l'effet seul du hasard des relations mondaines, amené la création de deux œuvres similaires, l'une dans le département de la Gironde, l'autre dans celui d'Indre-et-Loire, n'est-on pas en droit de compter que, s'il était possible de faire pratiquement la « propagande par l'exemple », on verrait s'accroître rapidement le nombre des maisons hospitalières à la campagne? Or, cela est possible, suivant nous, en faisant appel au concours dévoué et éclairé de tous les membres du Congrès pour faire de la propagande auprès des médecins qui se consacrent aux populations rurales. C'est à eux que nous voulons vous demander de vous adresser pour leur dire: « Mieux que personne vous êtes au courant des besoins des populations que vous soignez, mieux que personne vous savez combien souvent il vous est impossible de donner aux malades, dans les conditions misérables et antihygiéniques où ils se trouvent, les soins efficaces que leur état réclamerait et que votre science aimerait à leur donner; mieux que personne enfin vous savez quels sont, auprès de vous, les fortunés auxquels votre appel doit être adressé; faites-leur connaître ce qui existe déjà dans d'autres régions, dans d'autres pays, ce qu'il y aurait utilité à faire autour d'eux; si l'œuvre ne peut être créée par un seul, groupez alors toutes les bonnes volontés, toutes les aspirations charitables et enfin, si cela n'est pas encore suffisant, encouragez-les

à rechercher la participation des communes intéressées, et vous arriverez ainsi à provoquer la fondation des hôpitaux de campagne dus à l'initiative privée.»

Avant de formuler le vœu qui est la conséquence de mes conclusions, nous tenons à faire observer que tout ce qui précède a bien le caractère international le plus étendu, et que si, dans notre communication nous n'avons employé que les mots français de *communes, départements, régions*, tout ce qu'elle comporte ne s'en applique pas moins à tous les pays qui s'intéressent à la question traitée.

Je propose à la section d'émettre le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que la charité privée aidée par les efforts des médecins compétents, s'efforce de créer de petits hôpitaux de campagne, du genre de celui fondé à Arès (Gironde). » (*Applaudissements.*)

Le vœu est mis aux voix, il est adopté.

M. le Président. — Je remercie M. Paul Wallerstein de sa communication et je le félicite de l'initiative qu'il a prise et des résultats heureux qu'il a obtenus.

L'ordre du jour appelle la communication de M. le docteur Dom Sauton, *docteur en médecine de la faculté de Paris et bénédictin de Ligugé*, sur l'assistance aux lépreux à l'heure actuelle.

M. le Dr Dom Sauton. — La IIe section du Congrès invite tous ceux qui pratiquent l'assistance aux pauvres, aux malades, aux déshérités, à lui apporter le résultat de leurs observations.

Je réponds à cette invitation et je viens attirer votre attention sur les infortunés lépreux.

En ce moment il y a plus d'un million de lépreux sur la surface du globe; il faut donc étaler cette énorme plaie au grand jour pour nous efforcer d'en obtenir la guérison.

La lèpre est une maladie bacillaire exclusive à l'homme; elle vient du lépreux, elle se déplace avec ceux qui en sont atteints, et là où il n'y point de lépreux on ne la verra point éclater spontanément.

Sa nature bacillaire, l'histoire de sa marche envahissante, ses

nombreux et prompts ravages, et des cas indubitables de contamination, permettent d'affirmer qu'elle est contagieuse; mais, jusqu'à ce jour, l'on ignore aussi bien le mode suivant lequel se réalise la contagiosité que les conditions qui la favorisent, l'atténuent ou la réduisent à néant. En tout cas, elle est beaucoup moins contagieuse que la tuberculose. Quant à l'hérédité, elle se traduirait plutôt sous forme d'hérédo-contagion.

Comme Moïse, dans le Pentateuque, parle de la lèpre et indique les mesures à prendre pour en arrêter les progrès, on en a conclu que la lèpre avait puisé son origine chez les Hébreux. Mais des fouilles pratiquées en Égypte prouvent que cette maladie ravageait la terre des Pharaons longtemps avant l'arrivée des Hébreux.

Pour étudier ses ravages actuels, j'ai visité la plupart des foyers lépreux, en Norwège, en Islande, en France, en Asie, en Afrique, en Amérique et en Océanie.

En France, à cette heure, il y a environ 500 lépreux. D'après le Dr S. Abraham, de Londres, de 1868 à 1898, il y avait eu 85 cas en Angleterre, 6 en Écosse et 5 en Irlande, ces malades ont été hospitalisés et soignés dans les hôpitaux ordinaires.

En Grèce, en 1898, on avait constaté 119 cas.

En Islande, environ 160 lépreux étaient dispersés dans des fermes qui les acceptent, moyennant une petite rétribution, ils n'inspirent aucune crainte aux habitants. On a créé une léproserie à Reykiavik.

En Norwège, depuis que le Dr Hansen a obtenu un décret imposant la séquestration des lépreux, l'épidémie qui ravageait ce pays est en train de disparaître.

Des cas de lèpre sont constatés en Italie, en Portugal, en Roumanie, en Russie, en Suède, en Suisse, en Turquie.

En Birmanie, sur une population totale de 7.605.177 habitants le recensement officiel mentionne 6.464 cas lépreux. La léproserie de Saint-Jean-de-Mandalay, fondée par le P. Wehinger, des Missions étrangères, abrite 580 malades, que soignent, sous la direction d'un médecin, des Sœurs franciscaines missionnaires de Marie.

Il y a énormément de lépreux en Chine, mais souvent ils se cachent et l'on ne peut en dresser une statistique exacte. Dans les Indes anglaises et les États feudataires, on estime que sur 400 millions d'habitants il y a 130.000 lépreux.

En 1899, dans les cinq établissements français des Indes on comptait 580 lépreux. La lèpre sévit dans l'Annam, au Cambodge et en Cochinchine.

Au Tonkin, les malheureux qui sont atteints de cette maladie se voient éloigner de toute habitation. On les chasse des villages, on brûle leurs cases et on les envoie loger dans une pauvre cabane au milieu des champs.

Au Japon, il y a de 30 à 50.000 lépreux.

Dans le rapport que j'ai présenté au Congrès j'ai indiqué l'état de la lèpre dans les divers pays du monde, je passe donc sur cette question et j'aborde le point essentiel de ce débat, celui qui concerne les divers modes d'assistance publique et de bienfaisance privée à employer aujourd'hui.

Les sytèmes varient suivant les pays.

Dans certaines contrées, les malades jouissent de la plus entière liberté, les miséreux mendient sur les routes, les autres font du commerce et exercent toutes sortes de métiers.

Dans d'autres pays, les lépreux sont assimilés aux malades ordinaires et soignés avec eux dans les hôpitaux.

A Singapour, aux Indes, au Japon et à la Guyane française, il y a l'isolement facultatif et volontaire.

Certaines législations ont édicté l'isolement obligatoire, c'est ainsi qu'en Norwège les autorités communales ont le droit de contraindre les lépreux à s'isoler à domicile ou de les placer dans des léproseries.

Dans quelques ports existe le système de la séquestration rigoureuse. Toute personne soupçonnée lépreuse doit être dénoncée à la police, qui s'en empare, la soumet à l'examen des médecins et, si le rapport est affirmatif, le gouvernement déporte le malade tantôt sur une île absolument isolée, comme près de New-York, à Macao.... tantôt dans une misérable léproserie, comme à Curaçao.

Enfin il y a encore des contrées dans lesquelles le lépreux est mis hors la loi. On lui refuse le droit de vivre et on le chasse à coups de pierres.

Quels principes faut-il suivre pour arriver à assister le lépreux? Si l'on veut éviter un échec certain, il faut renoncer à tout projet de réglementation uniforme et régler les mesures à prendre suivant

les conditions particulières à la région, l'état social et le coefficient de virulence.

Des divers modes de réglementation actuellement en usage, quelques-uns, la promiscuité complète, la séquestration rigoureuse, et la mise hors la loi, sont condamnés par la science et violent le droit de la liberté et de la charité; tandis qu'une certaine indépendance, l'hospitalisation et l'isolement mitigé, doivent être les armes dont se serviront les gouvernements pour lutter avec succès contre le mal qu'il s'agit de faire disparaître, dans la plus large mesure possible. (*Vifs applaudissements.*)

Pour les lépreux français, nous avons songé à créer un sanatorium.

Je demande au Congrès de m'aider dans cette œuvre en déclarant qu'*à l'avenir les lépreux doivent être considérés comme des malades au point de vue de l'assistance.*

M. le Dr Lardier. — En ma qualité de membre du Conseil supérieur de l'assistance publique et de membre du conseil général des Vosges, je viens m'élever contre la proposition que M. le Dr Dom Sauton soumet à votre appréciation. Avant de lui donner votre approbation, il y a, me semble-t-il, une proposition préjudicielle qui s'impose à la discussion du Congrès international, car elle a une partie instructive.

Cette proposition je la formule de la façon suivante :

« Toute œuvre d'assistance, quelle qu'elle soit, ne doit pas violenter le sentiment général, ni provoquer la réprobation, la révolte des populations au milieu desquelles cette œuvre se fonde, ni leur causer un préjudice matériel. »

Je laisse la question d'hygiène de côté, et ne veux pas savoir si la lèpre est ou n'est pas contagieuse.

Mais, quel que soit à cet égard le sentiment du Comité consultatif d'hygiène, en restant exclusivement sur le domaine de l'assistance, je dis que l'installation d'un sanatorium de lépreux aux abords de la ville de Neufchâteau a provoqué déjà une révolte de sa population contre cette œuvre. Avant de donner son approbation à la proposition de M. le Dr Dom Sauton, il était bon que le Congrès en fût

averti. Tous les maires des communes intéressées ont protesté, tous les députés, tous les sénateurs des Vosges protestent. Il est plus que probable que le conseil général des Vosges aura les mêmes sentiments. Neufchâteau étant une ville de garnison, il est possible que l'administration militaire retire ses troupes d'une ville aux abords de laquelle se fondera une léproserie. Autant j'aurais donné mon approbation à une œuvre d'assistance présentant un caractère général, ayant une réelle utilité et installée dans des conditions d'isolement suffisantes, autant je proteste contre la fondation d'une œuvre qui est considérée comme un danger par les populations au milieu desquelles cette œuvre se fonde.

Nous devons chercher à faire aimer les œuvres d'assistance, nous ne devons pas les imposer par la force. .

En tout état de cause, je demande au Congrès de donner son avis sur la motion préjudicielle suivante que je prie M. le Président de soumettre au Congrès et qui est celle-ci :

« Toute œuvre d'assistance, quelle qu'elle soit, ne doit pas violenter le sentiment général, ni provoquer la réprobation, la révolte des populations au milieu desquelles cette œuvre se fonde, ni leur causer un préjudice matériel. »

Et, en tout cas, je demanderai au Congrès de ne pas approuver la proposition qui lui est faite par M. le Dr Dom Sauton.

M. le Dr Dom Sauton. — Je n'ai pas parlé d'installer mon sanatorium à Neufchâteau. Il s'agit là d'une question dont les pouvoirs publics sont saisis. J'ai parlé en général et j'ai dit qu'aucun médecin ne peut plus aujourd'hui assimiler la lèpre au choléra et à la peste. Mais puisque vous parlez de Neufchâteau, laissez-moi vous dire que lorsque j'ai acquis la propriété, j'avais l'approbation du ministère de l'Intérieur, direction des services d'hygiène de France.

M. le Président. — D'ailleurs, ici, nous devons nous tenir sur le terrain international et par conséquent nous ne pouvons faire allusion à tel ou à tel autre projet intéressant uniquement un sanatorium français.

M. Maurice Lebon. — La communication de M. le Dr Dom Sauton est très intéressante, mais elle a surtout un caractère médical, quelle est sa conclusion au point de vue de l'assistance ?

M. le Président. — M. le Dr Dom Sauton demande que les lépreux soient considérés comme des malades ordinaires. Il laisse aux autorités administratives le soin de fixer, — sur l'avis des conseils sanitaires, — les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

M. Maurice Lebon. — Ce n'est pas là un vœu qui soit du ressort d'un congrès d'assistance. Il s'agit de protester contre un préjugé populaire qui, à tort ou à raison, redoute une maladie. C'est à un congrès médical qu'il appartient de résoudre cette question et de déclarer que la lèpre est ou n'est pas contagieuse.

M. Louis Paulian. — Mais pardon, M. le Dr Dom Sauton ne nous demande pas de déclarer que la lèpre est ou n'est pas contagieuse. Il nous dit que les lépreux souffrent, qu'ils souffrent cruellement et qu'ils ne sont pas assistés. Lui, qui les a vus de près, il nous affirme que presque partout ils sont traités en parias. Eh bien! il nous demande à nous, qui sommes ici pour ouvrir l'oreille à toutes les plaintes, d'entendre le cri de détresse des lépreux, et de déclarer *qu'il y a lieu, à l'avenir, de considérer les lépreux comme des malades, au point de vue de l'assistance.*

Il me semble que nous devons être unanimes pour adopter cette proposition, sauf à laisser à chaque gouvernement le soin de décider de quelle façon sera donnée cette assistance. (*Très bien. Très bien.*)

M. le Président. — J'appuie les observations de M. Paulian. M. le Dr Dom Sauton nous dit:

« Les lépreux sont des malades, je vous demande de les assister comme on doit assister les malades, et de ne plus les traiter comme des parias. »

Ces conclusions me paraissent devoir être approuvées par tout le monde.

— Les conclusions présentées par M. le Dr Dom Sauton sont mises aux voix; elles sont adoptées.

M. le Président. — Je félicite M. le Dr Dom Sauton de l'apostolat auquel il s'est voué, et je suis certain d'être l'interprète de tous les membres du Congrès ici présents en disant que la section lui adresse le témoignage de son estime et de sa sympathie. (*Très bien.*)

L'ordre du jour appelle la communication de M. le Dr Bourneville sur *la création de classes spéciales pour les enfants arriérés (assistance et traitement des enfants anormaux).*

M. le Dr Bourneville. — La loi sur l'instruction obligatoire a dit qu'on s'occuperait ultérieurement des aveugles et des sourds-muets. mais ne parle pas des idiots, terme générique qui comprend les idiots proprement dits, les imbéciles et les arriérés au point de vue intellectuel, ni des imbéciles moraux, ni enfin des épileptiques. Dans divers pays, la loi sur l'obligation de l'instruction primaire est appliquée aussi bien aux enfants anormaux qu'aux enfants normaux, par exemple dans les Pays scandinaves.

En Italie, on se prépare à étendre l'obligation de l'instruction primaire aux enfants arriérés sous l'impulsion du Dr Bacelli, ministre de l'Instruction publique.

L'obligation doit-elle s'appliquer à toutes les catégories ou seulement à quelques-unes d'entre elles? Sous quelle forme doit-elle être appliquée? C'est ce que nous allons essayer de déterminer.

La question des enfants idiots, imbéciles, épileptiques et arriérés intéresse à la fois l'assistance, la médecine et la pédagogie. La plus grande partie d'entre eux sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à guérison complète.

Les idiots complets, invalides ou valides, les idiots épileptiques, les imbéciles à un degré prononcé, les imbéciles moraux, c'est-à-dire sujets à des perversions instinctives, les épileptiques, doivent être hospitalisés dans des asiles-écoles.

Les idiots, imbéciles, épileptiques devenus adultes et sujets à des impulsions dangereuses ou insuffisamment améliorés par le traitement médico-pédagogique, doivent être placés dans des sec-

tions spéciales des asiles d'aliénés, ou, quand la population du département le permet, comme dans la Seine, le Nord, les Bouches-du-Rhône, etc., dans des asiles spéciaux avec écoles, ateliers et colonies agricoles.

Les imbéciles intellectuels sans impulsion, sans épilepsie, sans perversion des instincts, doivent être rendus à leur famille avec un secours mensuel.

Entre l'*idiot complet* dépourvu de toute manifestation extérieure, incapable de se servir de ses membres supérieurs, ne marchant pas, ne parlant pas, gâteux, en un mot absolument invalide et réduit à la vie végétative et l'*enfant moyen*, il y a toute une série de groupes. C'est pour les imbéciles les moins frappés dans leurs facultés intellectuelles, les arriérés, les faibles d'esprit, les enfants en retard, comme disent les Italiens, que nous avons proposé depuis longtemps la création de *classes spéciales*, annexées ou non aux écoles primaires.

Après avoir signalé à diverses reprises dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie* l'existence de classes spéciales dans certaines villes des Pays scandinaves, d'Allemagne, à Bâle, etc., etc., sans trouver d'écho, nous avons eu l'idée, en 1891, de soulever la question de l'organisation de ces classes spéciales, à la délégation cantonale du Ve arrondissement. Sur notre demande, M. Foubert, inspecteur primaire des Ve et VIe arrondissements, fit une enquête *sommaire* dans les écoles de sa circonscription. Elle démontra l'existence de 83 enfants arriérés et de 49 indisciplinés des deux sexes sur une population scolaire de 3.575 garçons et de 3.207 filles. Cette enquête faite sans guide par les instituteurs et les institutrices est au-dessous de la réalité. En tout cas, elle montre l'utilité de classes spéciales pour ces enfants retardés des écoles, où ils sont une gêne pour les enfants normaux et les maîtres. Il faut leur adjoindre ceux qui, après un séjour plus ou moins prolongé dans les écoles, sont rendus à leur famille, où ils sont tantôt sequestrés, tantôt livrés au vagabondage, avec toutes ses tristes conséquences.

En 1894, nous avons soulevé la même question au Congrès national d'assistance publique de Lyon.

En 1895, la délégation cantonale du Ve arrondissement nous invita à reprendre la question et à lui présenter un rapport pour servir

de base à la discussion. Il se terminait par un vœu ainsi formulé :

« La délégation cantonale du Ve arrondissement émet le vœu qu'il soit créé, dans quelques-uns des arrondissements de Paris, des *classes spéciales* pour les enfants arriérés n'offrant ni perversion des instincts, ni accidents convulsifs. »

Ce vœu, après discussion, en décembre 1895, a été adopté par la délégation cantonale et adressé par son président, M. Albert Meurgé, à M. le préfet de la Seine. Celui-ci l'a renvoyé pour examen à M. Carriot, directeur de l'enseignement primaire dans le département de la Seine.

Le 11 avril 1896, M. Carriot, accompagné de M. May, chef de bureau, nous fit l'honneur de venir visiter notre service. Au cours de cette visite, nous lui montrâmes un certain nombre d'enfants améliorés au point de pouvoir être rendus à leurs familles le jour où il y aurait des *classes spéciales*, classes dans lesquelles ils iraient se joindre aux groupes dont nous avons précédemment parlé, diminuant ainsi les charges du budget de l'Assistance publique tout en retrouvant le foyer familial.

Comme il s'agit là, Messieurs, d'une question qui intéresse à la fois et l'enseignement et l'assistance, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à soumettre notre proposition à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine et à la direction des affaires départementales. Cette commission, dans sa séance du 18 juin 1896, adopta le vœu suivant :

« La Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département de la Seine émet le vœu qu'il soit créé, près des écoles de la ville, des *classes spéciales* pour les enfants arriérés. »

M. Carriot, qui n'avait pas perdu de vue cette réforme, nous adressa le 12 septembre 1896, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Dès la rentrée des classes, je voudrais faire procéder au récolement des enfants arriérés ou indisciplinés qui fréquentent les écoles de la ville de Paris. Ce travail, qui a été fait dans le Ve arrondissement, n'a peut-être pas donné des résultats précis, en *raison*

de l'ignorance dans laquelle se trouvaient maîtres et maîtresses du sens exact, médical, des mots *arriérés* et *indisciplinés*.

« Pour que la nouvelle enquête à laquelle je me propose, d'ailleurs, d'associer les médecins-inspecteurs, offre toutes les garanties possibles, je désirerais que, dans la circulaire qui sera adressée aux maires avec les procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, se trouvât une définition de ces mots *arriérés* et *indisciplinés* avec l'indication des caractères distinctifs et scientifiques de l'un et l'autre état.

« Je ne peux mieux faire que de vous prier de vouloir bien me faire connaître en quels termes doivent être rédigées ces observations, afin d'enlever au personnel enseignant toute incertitude. »

Nous avons donné satisfaction à M. Carriot en lui donnant une sorte de tableau en raccourci des différentes catégories d'enfants idiots, imbéciles, arriérés ou atteints d'instabilité mentale, ou d'imbécillité morale. Nous avons réuni tous ces documents dans une lettre adressée aux membres de la commission d'assistance du Conseil général de la Seine le 10 décembre 1896. Notre lettre n'a abouti à aucun résultat.

Le 7 juin 1898, nous avons complété les renseignements précédemment donnés en exposant l'état des classes spéciales en Suisse, en Angleterre et en Belgique. La Commission de surveillance en a profité pour renouveler son vœu.

En mai 1899, nous avons indiqué à la même commission ce qui se faisait en Prusse, d'après les documents qui nous avaient été fournis par le ministère de l'Instruction publique, M. Bossée. A ce moment, le ministre de l'Intérieur, M. Charles Dupuy, interrogé par M. Torraca, directeur de l'Instruction publique d'Italie, sur l'existence des classes spéciales, à Paris, demanda des renseignements au directeur de l'Assistance publique qui nous transmit sa lettre. C'est alors que nous avons écrit notre *Lettre* à M. Charles Dupuy, président du Conseil, *sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, dont nous pouvons vous distribuer quelques exemplaires.

La Commission de surveillance renouvela son vœu le 30 mai 1899.

Enfin, cette année, nous avons fourni à la même Commission

des renseignements sur ce qui se fait en Italie et en Hollande et réclamé encore une fois son appui.

C'est au Congrès international que j'ai recours aujourd'hui. Mais avant de lui soumettre le vœu en faveur de la *Création des classes spéciales,* nous avons à compléter les renseignements qui précèdent.

Dans ces trois dernières années, en l'absence de tout concours de la presse médicale, nous avons vu les *journaux pédagogiques* s'intéresser à la question, notamment le *Manuel général de l'instruction primaire,* la *Revue pédagogique,* la *Revue de pédagogie comparative.*

L'historique de la question rappelé, nous allons indiquer succinctement les traits principaux de l'organisation de ces classes spéciales.

En premier lieu, vient le recrutement du personnel enseignant. Les instituteurs ou mieux les institutrices devraient être mis au courant des méthodes employées pour les enfants anormaux et, par conséquent, passer un temps à déterminer aux sourds-muets, aux jeunes aveugles, et à Bicêtre, pour les enfants arriérés.

Ainsi que cela se fait en Angleterre et dans d'autres pays, on pourrait rassembler les enfants des deux sexes. Si, dans chaque circonscription à établir, le nombre des enfants est assez considérable, on pourrait, faisant une concession aux préjugés qui existent dans notre pays, séparer les deux sexes.

Le nombre des élèves par classe devra être très restreint. Dans certains pays il ne dépasse pas dix enfants, et avec raison.

L'enseignement doit comprendre l'étude de la langue maternelle, l'écriture, le calcul, l'histoire et la géographie locale, puis du pays (1), et surtout les leçons de choses, le travail manuel, l'éducation, les exercices physiques de tous genres (gymnastique, jeux, danse, natation, etc.), les bains, l'hydrothérapie (2), les promenades

(1) A Bicêtre, nous commençons les notions d'histoire par la *Chronologie du siècle* en commençant par le régime et le Président actuels, et les notions de l'enseignement de la géographie en donnant des explications sur le plan de l'école, sur le plan de la section des enfants, sur l'hospice, puis sur les cartes de la commune, du canton, etc.

(2) Il serait bon dans ces classes spéciales de faire déjeuner les enfants et de leur donner les *médicaments* exigés par leur état, selon ce qui se fait dans les écoles de Bruxelles.

avec leçons de choses dans les jardins publics qui, à l'instar de ce qui a lieu aux États-Unis, à l'instar aussi, croyons-nous, de ce qui existe à Amiens, etc, devraient avoir leurs arbres, leurs arbustes et leurs fleurs pourvus d'étiquettes nominatives. Il s'agit là d'une proposition que nous avons faite à plusieurs reprises. Si on la réalisait, on aurait de la sorte un enseignement permanent, non seulement pour les enfants auxquels nous nous intéressons, mais pour tout le monde.

Tous ces enfants sont des malades : ils relèvent donc tout d'abord et surtout du médecin. On l'a compris d'ailleurs dans tous les pays où on a organisé des classes spéciales. Les résultats consignés dans nos rapports, notes, lettres, etc., sur ce qui se fait dans un grand nombre de pays, ne laissent aucun doute pour tout esprit pratique, sur l'utilité de la création des classes spéciales pour les enfants arriérés.

Un exemple à l'appui : en Allemagne, sur 2.364 enfants sortis des écoles auxiliaires d'arriérés, 1.693 ont été mis en état de gagner leur vie, soit 72 p. 100 ; 16 p. 100 ont dû être internés dans les hôpitaux et 12 p. 100 ont été recueillis par des établissements d'assistance publique (1).

Voilà, dans ses grandes lignes, le plan des classes spéciales. Incités par nos publications, médecins et pédagogues sont venus de Londres, de Belgique, d'Italie, de Russie, etc., étudier ce qu'il y avait à prendre dans notre service de Bicêtre au point de vue du traitement médico-pédagogique.

En essayant de faire réaliser dans notre pays cette réforme médico-pédagogique, de même que nous avons organisé les écoles d'infirmiers et d'infirmières, nous croyons avoir fait acte de patriote dans le véritable sens du mot, et par conséquent ne pas mériter d'être taxé, comme on l'a fait jésuitiquement dans une autre enceinte, d'ennemi de la République et de la Patrie.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui voudront bien se rendre dimanche, 5 août, à Bicêtre, pourront se rendre compte, en voyant des enfants améliorés, de la possibilité de décharger l'Assistance publique des dépenses inhérentes à tout un groupe d'enfants, qui pourraient être envoyés dans les *classes spéciales* à leur grand avan-

(1) *Manuel général de l'instruction primaire*, 1899, etc.

tage, parce qu'ils se retrouveraient dans leur famille, en contact avec leurs père, mère, frères et sœurs, au grand avantage de l'état social, parce que les familles comprendraient que si la société a des devoirs à remplir elles ont aussi les leurs, au point de vue de l'assistance, qui, au lieu de payer des frais d'hospitalisation, n'aurait qu'un secours modeste à donner.

Pour réaliser les réformes d'assistance publique, — la création des classes spéciales pour les enfants arriérés, et l'organisation de l'enseignement professionnel des infirmiers et des infirmières sont de ce nombre, — M. le Président de la République nous a dit, à la séance d'ouverture du Congrès, que : « Notre nation toute entière, sans distinction de partis, consentirait avec joie de nouveaux sacrifices, s'ils lui étaient demandés pour le soulagement de ceux qui souffrent. » Nous les demandons.

Il a ajouté que « les classes riches sentent plus que jamais que leur intérêt comme leur honneur, et quelquefois leur excuse, est dans l'affirmation de leur solidarité avec les classes pauvres», d'où il suit que nous devons mettre en relief les besoins de l'assistance publique sous toutes les formes et demander les ressources nécessaires à ceux qui possèdent, en proportion de leur richesse.

Notre but par cette communication est de provoquer la discussion, de faire appel à tous ceux, de tous les pays, qui peuvent compléter nos renseignements, d'arriver enfin à attirer l'attention du Gouvernement, à faire nommer une commission qui, elle, examinera à fond l'organisation de ces classes et fournira la base de la solution pratique.

Pour y aider, nous vous prions de bien vouloir adopter le vœu suivant :

« La section du Congrès international d'assistance publique émet le vœu qu'il soit créé, dans les grandes villes, annexées ou non aux écoles primaires ordinaires, des classes spéciales pour les enfants arriérés. » (*Applaudissements.*)

M. Bagueb. — Les efforts considérables que M. le Dr Bourneville a faits pour atteindre le but qu'il s'était proposé n'ont pas été vains, car l'Administration semble aujourd'hui décidée à créer des internats

spéciaux pour les enfants arriérés. Si elle donne la préférence à l'internat sur l'externat, c'est que ces enfants ne peuvent recevoir, ni dans leurs familles, ni dans les écoles ordinaires, les soins que nécessite leur redressement physique, intellectuel et moral.

M. le Dr Bourneville. — Je me suis efforcé surtout de faire connaître les résultats obtenus à l'étranger. Mon but a été de séparer, à l'école, les enfants anormaux des enfants ordinaires, mais je ne veux pas d'internats, parce que j'estime qu'il faut habituer les familles à faire tout leur devoir et à ne pas recourir toujours à l'assistance publique. Bien entendu je ne demande pas que dans ces classes spéciales on mette tous les enfants anormaux. Je propose d'y mettre ceux-là seulement qui peuvent suivre et profiter des leçons. Les autres seront hospitalisés.

M. le Dr Philippe Rey. — Je m'associe au vœu de M. le Dr Bourneville ; et, je m'y associe d'autant plus volontiers que, dans certains départements du midi, j'en ai acquis la certitude, il y a des enfants arriérés qui n'ont pas besoin d'être internés et pour lesquels des classes spéciales suffiraient. Mais ces classes ne peuvent exister que dans les grandes villes. Pour les enfants arriérés des villages il faudra toujours en venir aux internats spéciaux et régionaux.

— Le vœu de M. le Dr Bourneville est mis aux voix. Il est adopté.

— L'ordre du jour appelle la communication de M. le Dr Toulouse sur *un projet de statistique internationale des aliénés.*

M. le Dr Toulouse. — Je vois que l'heure s'avance et que beaucoup de questions restent encore à traiter. Je serai très bref.

Chargé par l'Administration du département de la Seine de réorganiser le service de la statistique des aliénés, et m'inspirant des principaux documents de ce genre qui sont publiés dans les pays étrangers, j'ai proposé un ensemble de tableaux qui seront mis en service prochainement.

J'ai pensé que ce travail pourrait être la base d'une entente internationale.

Que doit-on et peut-on rechercher dans une statistique des aliénés? Tout d'abord le nombre annuel des assistés. Il est intéressant de savoir quelles sont les maladies les plus fréquemment observées, quel sexe et quel âge sont le plus atteints, quels sont les professions et l'état civil (célibat, mariage, veuvage) qui prédisposent le plus à la folie, si l'instruction et la religion paraissent avoir quelque influence et enfin si le milieu social extérieur, représenté par le lieu de naissance et le domicile, a une action sur le développement des troubles mentaux. Pour cela, il ne faut pas se contenter de noter combien il y a d'aliénés de chaque sexe, de chaque âge, de chaque profession, mais aussi rapporter les chiffres au nombre d'individus vivants de même sexe, de même âge, de même profession, etc. Ceux qui se livrent au premier travail, qui est l'objet propre de la statistique des aliénés, doivent suivre les principes adoptés par les administrations qui font le second travail; sans cela les chiffres ne seraient pas comparables. Il faut donc diviser les âges, les professions, l'état civil, etc., comme on le fait dans les recensements de la population générale. Mais ce n'est pas tout, il faut encore grouper séparément les aliénés assistés dans des familles ou dans des établissements privés, dans des asiles ou des quartiers d'hospices, parisiens ou départementaux, pour indigents ou pour pensionnaires; les régimes des malades assistés selon ces divers modes étant différents, il est nécessaire d'en étudier séparément les effets. En les comparant tous ensuite, on peut, et c'est même la seule méthode expérimentale et rationnelle, se faire une opinion sur la valeur respective de chacun de ces modes d'assistance. Il n'y a pas que la population aliénée à étudier à ces différents points de vue, il y a encore les admissions (uniques ou multiples, volontaires ou d'office, directes ou par transfert), le mois de l'internement, la durée du séjour dans le département de la Seine avant l'admission, les internements antérieurs, le temps de liberté et la durée de l'internement ayant précédé la rechute, les causes probables, la population traitée, qui se compose des existants en fin d'année et des admis, la nature des occupations durant l'internement, les sorties, les décès, le mois du décès, la durée du traitement ayant précédé la sortie ou le décès.

Il serait à souhaiter que les principes de ce travail fussent acceptés par les nations étrangères pour l'établissement d'une statistique concordante.

Dans ce but je propose à la section d'émettre le vœu suivant :

« Il est désirable qu'une commission internationale soit constituée à l'effet d'unifier dans les divers pays les publications statistiques concernant les aliénés. »

M. le Dr Philippe Rey. — Est-ce qu'une commission internationale n'a pas été nommée à cet effet en 1889 ?

M. le Dr Toulouse. — En 1889, une commission préparatoire a soumis au congrès médical un projet de classification des maladies

mentales. Le congrès a émis le vœu que les asiles se conforment à cette classification pour les statistiques. Mais cette fois je fais autre chose et je propose un ensemble de tableaux permettant d'établir des statistiques concordantes.

M. le Président. — Le vœu proposé par M. le Dr Toulouse est ainsi conçu :

« Le Congrès émet le vœu qu'une commission internationale soit constituée à l'effet d'unifier, dans les divers pays, les publications statistiques concernant les aliénés. »

Ce vœu est adopté.

L'ordre du jour appelle la communication de M. Marie sur le *placement familial des vieillards sortant des asiles d'aliénés*.

M. le Dr Marie, *ancien directeur de la Colonisation familiale de la Seine*. — Il est reconnu aujourd'hui qu'une portion des aliénés actuellement internés peut relever de l'assistance familiale médicale, surveillée, permanente ou transitoire. Les essais faits à l'étranger et l'expérience réalisée à Dun par le département de la Seine le prouvent de la façon la plus évidente. Le régime familial n'est pas seulement un mode d'assistance, il peut être encore un moyen de traitement. Les derniers documents publiés sur les colonies familiales étrangères indiquent une proportion de guérisons de plus de 20 p. 100 et à Dun même on a déjà constaté que la vie au grand air et en liberté a été capable d'améliorer des malades qui avaient été envoyés comme incurables.

L'assistance familiale constitue une ressource précieuse comme pierre de touche de la cure définitive. Elle prépare les malades à la vie complètement libre.

A Dun, le *no-restraint* absolu est appliqué. Il n'existe ni camisole, ni gants, ni entraves, ni maillot. Les malades reçoivent directement leurs lettres de la Poste et y répondent de même. Aucun bain froid n'est donné. Une salle de réunions, de lecture et de jeux avec pianos et livres est ménagée pour les malades, auxquels on distribue du thé le jeudi.

Les pensionnaires font librement des promenades et excursions, accompagnées ou même seules ; elles vont à l'église, se visitent d'une annexe à l'autre et vont dans leurs familles quand celles-ci les demandent et les font accompagner.

De même qu'on a démontré le mouvement en marchant, la colonie de Dun créée en 1892 comme un modeste essai d'hospitalisation de vieillards déments a pu, par la force même des choses et sans qu'on lui ait reproché d'accidents sérieux, prouver l'utilité de la colonisation familiale pour le traitement de certaines formes de l'aliénation mentale.

J'ai l'honneur de proposer le vœu suivant :

« Le Congrès, considérant les résultats décisifs obtenus à Dun par l'assistance familiale des aliénés de la Seine, émet le vœu que cette méthode soit érigée en système d'assistance générale. »

M. le Dr Philippe Rey. — Je reconnais que le placement familial tel qu'il est organisé à la colonie de Dun-sur-Auron constitue un réel progrès et que cette méthode d'assistance doit être recommandée. Mais dans beaucoup de cas il serait possible de maintenir dans leurs propres familles bien des aliénés tranquilles qui n'ont besoin que d'une surveillance bienveillante. Je demande que chaque fois que cela sera possible ce dernier mode d'assistance soit adopté et qu'un prix de pension soit accordé à la famille qui gardera son malade.

M. le Dr Bourneville. — C'est la théorie que j'ai soutenue pour les épileptiques et pour les idiots.

Cette année enfin j'ai obtenu l'inscription d'un crédit de 50.000 fr. qui permettra de donner 1 franc par jour aux malades non dangereux, pouvant être maintenus soit dans leur propre famille, soit dans d'autres familles.

M. le Dr Toulouse. — Je crois qu'on se fait des illusions sur l'efficacité du placement des aliénés dans leur famille.

M. Hovy. — En Hollande le placement de l'aliéné dans sa propre famille nous paraît difficile, mais nous plaçons, si possible en certains

cas, nos malades dans des familles qui n'ont pas d'enfant et qui possèdent les qualités voulues pour donner aux malades les soins dont ils ont besoin. Ces familles habitent près d'un asile d'aliénés, de façon à être constamment sous le contrôle et la surveillance du médecin.

M. le Dr Philippe Rey. — Je voudrais que le vœu de M. le Dr Marie fût plus général et moins absolu.

M. le Président. — M. le Dr Marie, en effet, semble dire que sa méthode est la méthode par excellence et qu'il condamne toutes les autres.

M. le Dr Marie. — Je suis tout prêt à modifier ma rédaction et à lui substituer la suivante :

« Le Congrès, considérant les résultats décisifs obtenus à Dun par l'assistance familiale des aliénés de la Seine, émet le vœu que cette méthode soit érigée en système d'assistance général par le placement des malades, soit dans leur propre famille, soit dans des familles étrangères, sous le contrôle du médecin. »

— Ce vœu est mis aux voix ; il est adopté.

M. le Dr Toulouse. — Je demande la parole pour présenter un vœu. Malgré les progrès de la science, l'assistance, quand il s'agit d'aliénés, est toujours synonyme d'internement. Je désirerais que cette situation fût modifiée et c'est pourquoi de concert avec mon confrère le Dr Marie, je dépose le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que l'internement cesse d'être le seul mode possible d'assistance pour les aliénés et qu'il soit organisé, à côté des placements forcés dans des asiles et des colonies, des placements libres en hôpitaux ouverts et en familles. »

M. le Dr Philippe Rey. — Bien entendu il faudra que l'aliéné soit protégé et contre lui et contre les autres. Il ne faudrait pas qu'en le soustrayant à la loi de 1838, on lui laissât des droits dont il pourrait abuser, notamment pour l'administration de sa fortune.

M. le Dr Toulouse. — L'aliéné riche peut être traité dans sa maison. Je demande que le département puisse faire pour les pauvres ce que les familles font pour les riches.

On ne mettra dans ces maisons ouvertes que ceux qui pourront y demeurer sans danger pour les autres et pour eux-mêmes.

— Le vœu de MM. Toulouse et Marie est adopté.

— La séance est levée à 11 heures et demie.

QUATRIÈME SÉANCE

(Jeudi 2 août 1900.)

Sommaire. — Communications verbales de MM. les professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. — Discussion des conclusions présentées et de celles du rapport de M. Savouré-Bonville ainsi que d'une proposition de M. Hermann Sabran sur la même matière. — Adoption de la plupart des conclusions des mémoires. — Exposé et discussion du rapport de M. Rondel sur les moyens de secourir la vieillesse sans constituer une prime à l'imprévoyance. — Adoption des conclusions et d'un vœu tendant à organiser l'assistance aux vieillards proposé par MM. Émile Rey et Le Roux.

Président français : M. Le Roux.
Présidente étrangère : Mme Coutzarida-Cratunesco.

La séance est ouverte à 9 heures du matin, au Palais des congrès.

M. Le Roux, *directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, président.* — L'ordre du jour appelle l'examen de divers mémoires relatifs à *l'assistance des sourds-muets.*

La parole est à M. Désiré Giraud.

M. Désiré Giraud, *directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.* — Les professeurs de l'Institution de Paris ont voulu apporter leur concours au Congrès en écrivant des mémoires très étudiés.

Voici l'ordre dans lequel ces communications me paraissent devoir être oralement présentées : MM. Dufo de Germane, Bélanger, Dupont, Giboulet et André.

M. le Président. — MM. les professeurs de l'Institution nationale ont la parole.

— Lecture est donnée des cinq communications verbales sur l'assistance aux sourds-muets dans l'ordre ci-dessus indiqué.

M. Hermann Sabran. — Il y a une question que je voudrais bien voir examiner, c'est celle de savoir s'il convient d'avoir le même enseignement pour tous les sourds-muets ou si, suivant le cas, il ne convient pas d'avoir recours tantôt à la méthode labiale, tantôt à l'enseignement par les signes. Je poserai cette question lorsque MM. les professeurs de l'école auront complété leurs communications.

M. le Président. — Cette question domine en effet la discussion des mémoires qui viennent d'être lus, et elle se rattache également à celle du rapport que nous présente de son côté M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Assistance publique à Evreux, car M. Savouré-Bonville a proposé des vœux dont quelques-uns se confondent avec ceux des professeurs de l'école de Paris.

Ils sont ainsi conçus :

« 1° Que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets les bienfaits de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et pour les entendants ;

« 2° Que, à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes soient rendues obligatoires ;

« 3° Que des mesures soient prises pour que, désormais, lors du dénombrement de la population, les feuilles de recensement renferment des questions touchant le nombre, le sexe et l'âge des aveugles ou sourds-muets ;

« 4° Que les institutions nationales soient organisées de telle sorte qu'elles puissent se charger de tous les enfants aveugles ou sourds-muets appelés à recevoir l'instruction ou à apprendre un métier ;

« 5° Que des institutions spéciales soient créées en vue d'élever, dès leur jeune âge, les enfants aveugles et sourds-muets, afin de développer peu à peu l'intelligence de ces enfants et de les préparer ainsi à recevoir l'instruction;

« 6° Qu'il soit créé des écoles normales pour former le personnel professoral des institutions d'aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes. »

M. Ponsignon. — Nous venons d'entendre de longs mémoires, véritablement intéressants. Je ne puis et ne veux à cette heure abuser des instants du Congrès. Mais, comme membre de l'*Association Valentin Haüy pour le bien des aveugles*, je dépose sur le bureau une notice sur cette Association. J'appelle l'attention de tous les membres du Congrès sur les résultats considérables qu'elle obtient, grâce à l'organisation de ses différents services si judicieusement combinés, et je fais des vœux pour que cette Association serve de modèle pour la création d'œuvres analogues. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La discussion est ouverte sur les différentes conclusions dont nous sommes saisis.

M. Hovy. — Nous sommes dans un congrès international et par conséquent je veux examiner la question au point de vue international. Or, à ce point de vue, il importe de tenir compte de l'opinion religieuse de la famille des enfants sourds-muets que vous voulez assister. Si vous envoyez ces enfants dans un internat de l'État, comment assurerez-vous leur éducation religieuse? Quel sera le caractère de cet internat? Sera-t-il catholique, protestant, israélite, libre-penseur? En Hollande les parents protestants n'accepteraient pas d'envoyer leurs enfants dans un internat catholique, et *vice versa*. C'est pour cela que j'estime que ces institutions doivent être fondées par l'initiative privée avec le concours de l'État.

M. le Président. — Je vous ferai remarquer que, dans les conclusions qui nous sont soumises, il n'est point dit qu'il n'y aurait que des institutions de l'État. L'initiative privée reste libre de fonder autant d'établissements qu'elle jugera utile.

M. Désiré Giraud. — Il est peut-être utile que je dise que dans les institutions nationales de la France les enfants sont libres de pratiquer telle religion qu'il leur convient. A chaque institution est attaché un prêtre catholique, un pasteur protestant et un rabbin; si nous avons un enfant appartenant à une autre religion que celles auxquelles je viens de faire allusion, les parents auraient toute liberté pour le pourvoir d'un ministre de son culte. Nous donnons l'instruction à l'enfant et l'Église de la confession à laquelle il appartient se charge de tout ce qui concerne la religion.

M. le Dr Philippe Rey. — Au lieu de créer des classes spéciales pour les sourds-muets arriérés, on pourrait leur ouvrir une section dans les établissements spéciaux destinés aux enfants arriérés. Il me semble, en effet, que dans un département il n'y a pas assez d'enfants sourds-muets arriérés pour former l'effectif d'une école.

M. Désiré Giraud. — Si on plaçait ces malheureux enfants dans un établissement spécial destiné à eux seuls, on les frapperait d'une déchéance dont ils ne se relèveraient pas.

M. le Président. — Avant de mettre aux voix les vœux qui nous sont proposés, je consulte la section sur la proposition de M. Sabran, qui demande qu'on examine dans le prochain congrès s'il ne conviendrait pas de faire une sélection des enfants dont les facultés ne présentent pas un développement suffisant pour bénéficier de l'enseignement oral.

— Cette proposition est adoptée, elle est ainsi conçue:

« La section émet le vœu que dans le prochain congrès d'assistance, on porte à l'ordre du jour l'étude des questions suivantes concernant les sourds-muets :

L'enseignement oral, dont la supériorité a été reconnue, doit-il être substitué, d'une façon absolue à l'enseignement par signes?

Ne conviendrait-il pas mieux de faire une sélection des enfants dont les facultés ne présentent pas un développement suffisant pour bénéficier de l'enseignement oral? »

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. Savouré-Bonville. Elles débutent ainsi :

Le Congrès émet le vœu :

« 1° Que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets les bienfaits de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et pour les entendants ;

« 2° Qu'à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes soient rendues obligatoires. »

— Ces vœux sont adoptés.

M. le Président. — Nous arrivons au vœu de M. Dufo de Germane. Il est ainsi conçu :

« Il est urgent de créer le plus rapidement possible des écoles régionales dans le triple but :

« 1° De faire bénéficier de l'instruction tous les sourds-muets ;

« 2° D'abaisser l'âge de scolarité ;

« 3° D'appliquer les principes de la sélection des élèves et de la spécialisation des écoles. »

— Ce vœu est adopté.

M. le Président. — Les votes qui viennent d'être émis donnent satisfaction à M. Bélanger. Nous passons au vœu de M. Dupont.

« Que des maisons de retraites soient fondées pour les sourds-muets et sourdes-muettes. »

— Ce vœu est adopté.

M. le Président. — M. Giboulet propose :

« 1° Qu'il soit procédé à un recensement spécial de la population sourde-muette ;

« 2° Que des écoles spéciales soient fondées.

La première proposition est adoptée.

La seconde fait double emploi avec un vœu déjà adopté.

M. Hovy. — Je propose le vœu suivant:

« Le Congrès émet le vœu qu'en matière d'assistance aux sourds-muets, l'État encourage et subventionne les œuvres fondées par l'initiative privée. »

— Ce vœu est adopté.

M. le Président. — M. André demande: « La création à la campagne d'une école d'arriérés à laquelle sera annexé un asile agricole. »

M. le Dr Regnard. — J'appuie cette proposition que je reproduis depuis treize ans dans mes rapports annuels. Il y a des enfants qui, à l'école, n'apprennent rien et gênent leurs camarades. Ces enfants-là trouveraient mieux leur place dans une école d'arriérés située à la campagne.

M. Désiré Giraud. — J'appuie personnellement le vœu.

— Le vœu de M. André est adopté.

M. le Président. — M. André a encore un vœu, c'est celui qui a trait à la fondation d'une société centrale de patronage et de placement en faveur des sourds-muets arriérés.

Pour ma part je demanderai à M. André de supprimer le mot arriérés. Tous les sourds-muets sans exception ont besoin de cette société de patronage.

M. André. — J'accepte volontiers de supprimer le mot « arriérés ».

— Le vœu de M. André, ainsi modifié, est adopté et le Congrès adopte les derniers vœux de M. Savouré Bonville exprimant le désir que des mesures soient prises pour assurer, dès leur jeune âge, l'instruction des sourds-muets.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Rondel sur *les moyens de secourir la vieillesse sans*

que l'organisation des secours constitue une prime à l'imprévoyance.

M. Georges Rondel. — A l'heure à laquelle nous sommes parvenus, j'ai plusieurs raisons d'être bref. L'une de ces raisons est que je n'ai à traiter ici qu'un des côtés de la question de l'assistance aux vieillards et aux incurables. Cette question a été pleinement élucidée dans les précédents congrès d'assistance, notamment au congrès de Rouen et, comme je l'ai dit dans mon rapport, il n'y a plus à revenir sur son étude générale. La solution a, d'ailleurs, et à diverses reprises, fait l'objet de propositions de loi émanant de l'initiative parlementaire.

M. le député Rey, qui est ici présent, et M. le sénateur Strauss en ont fait l'objet de propositions de loi; le gouvernement français tient prêt un projet de loi organique sur la matière.

Le projet du Gouvernement a dû envisager un aspect de la question des plus délicats, celui de la répercussion que la loi d'assistance peut avoir sur l'épargne et la prévoyance.

C'est assurément la crainte de cette répercussion qui a été le principal motif d'hésitation faisant toujours reculer le dépôt de ce projet, préparé depuis une dizaine d'années par le Conseil supérieur de l'assistance publique et par le Conseil d'État.

En effet, les conséquences financières directes de la loi à intervenir ne paraissent pas devoir être excessives. On a mis en avant le chiffre de 30 millions et il est vraisemblable que ce chiffre ne sera guère dépassé, puisque la supputation en a été faite avec les mêmes précautions que celle du chiffre de dépenses qui figurait dans notre projet de loi sur l'assistance médicale gratuite, et qui ne s'est pas trouvé dépassé dans l'exécution de cette loi. Ce qui est à craindre ce sont les conséquences indirectes de l'obligation légale, une fois qu'elle sera instituée au profit des vieillards et des incurables.

Ces conséquences indirectes n'étaient pas à envisager dans l'organisation de l'assistance aux malades curables. La maladie est momentanée; elle survient inopinément... en tous cas, elle représente une charge beaucoup moins lourde que l'invalidité définitive, et dont par suite le déplacement ne saurait occasionner une perturbation économique aussi profonde.

D'ailleurs, ne sait-on pas qu'en France, avant la loi du 15 juillet 1893, les secours étaient parfois assurés à tous les malades pauvres d'une région grâce à la bienfaisance privée, j'entends la charité individuelle du médecin.

L'indigent avait bien à se procurer les médicaments, mais la prescription pharmaceutique réduite à l'essentiel était généralement exécutée, même là où les bureaux de bienfaisance n'y pourvoyaient pas suffisamment, et je profite de l'occasion pour rappeler devant cet auditoire international que, souvent, dans les pauvres communes de France, le médecin de campagne, après avoir donné ses soins gratuitement, laissait dans la chaumière en s'en allant un écu pour payer les remèdes. (*Applaudissements.*)

Pour les vieillards et pour les incurables ce n'est pas seulement l'obligation de secourir qu'il faut instituer, c'est la réalité du secours qu'il faut créer.

La pratique, hélas! si incomplète, de l'article 43 de la loi de finances de 1897 relatif à l'organisation facultative du service des pensions d'assistance ne permet pas de s'illusionner sur l'étendue des besoins insatisfaits ; aussi comprend-on que la perspective d'une vieillesse misérable exerce actuellement une action déterminante sur les individus dans le sens de la prévoyance et de l'épargne.

Afin de me rendre compte de l'influence que pourrait avoir sur la masse de la population ouvrière la certitude d'un minimum d'assistance garanti par la collectivité sociale, j'ai entrepris personnellement une enquête et je l'ai poursuivie dans les meilleures conditions, grâce au concours de l'administration supérieure et à l'obligeance de nos collègues étrangers. Cette enquête, vous en avez les résultats sous les yeux et vous pouvez juger comme moi que le passé répond presque de l'avenir. J'ajoute que cette enquête se poursuit en France et que ses derniers résultats confirment les précédents. Voici, par exemple, une réponse émanant de la préfecture du Pas-de-Calais qui est assez concluante.

Malgré cela je ne suis pas entièrement rassuré ; car, comme je viens de l'indiquer, le mal est si grand que son remède sera nécessairement un remède héroïque dont il convient de mesurer prudemment les effets d'avance, de manière à ne pas arrêter, à ne pas retarder ce bel élan qui pousse les travailleurs les plus humbles à réaliser sou

à sou des économies en vue de mettre leurs vieux jours à l'abri de l'extrême misère.

La solution qui s'impose, à mon sens, est basée sur cette remarque que la clientèle actuelle de l'assistance publique forme une catégorie de gens très distincte de celle des institutions de prévoyance ; elle consiste à faire au prévoyant une situation qui reste, quoi qu'il arrive, toujours préférable à celle de l'assisté, ce qui ne constituera par une faveur mais un simple acte de justice à son égard, car, si recevoir un secours peut n'être pas humiliant, avoir su s'en passer est toujours plus digne.

Quant à sa mise en œuvre, elle n'offre pas de difficultés en ce qui concerne l'assistance hospitalière. La pratique administrative actuelle permet de favoriser l'hospitalisé prévoyant, soit en lui laissant comme argent de poche une fraction déterminée de son mince revenu, soit en lui procurant le logement, la nourriture, l'habillement, dans des conditions meilleures, avec plus de bien-être, sinon avec plus de luxe.

En ce qui concerne l'assistance à domicile, le moyen de rehausser la situation du prévoyant est moins facile à trouver sans verser dans les abus, mais le sens dans lequel il doit être cherché n'est pas douteux. On a proposé de majorer les pensions provenant de l'épargne, de rendre la prévoyance obligatoire, etc. Je préconise la constitution de pensions mixtes d'assistance et de prévoyance.

Le tableau annexé à mon rapport présente diverses hypothèses d'application de ce système en chiffrant les sommes qui devraient être respectivement fournies par l'apport personnel de l'assisté et par le secours extérieur, afin d'arriver à des taux de pension ne dépassant pas un certain total annuel et toujours proportionnel, d'une part, à la cherté de la vie, d'autre part, à l'aisance relative à laquelle le pensionné a droit du fait de son épargne.

C'est le système du projet du gouvernement français sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. Je me suis efforcé d'en dégager les principes fondamentaux et de les formuler en résolutions soumises à la sanction du Congrès. J'ai l'honneur d'en donner lecture à la section :

« 1° Que, dans l'application des lois existantes et dans la préparation des projets de loi destinés à assurer l'assistance aux vieillards

et aux incurables, on s'efforce de maintenir aux bénéficiaires de la loi d'assistance qui se sont acquis par la prévoyance certaines ressources, permettant de ne leur procurer qu'une assistance partielle, une situation matérielle et morale supérieure à celle des simples assistés;

« 2° Que, lorsque l'assistance doit être donnée sous la forme de secours viagers, il soit institué des pensions mixtes d'assistance et de prévoyance en faveur des individus qui se sont acquis par l'épargne une rente n'atteignant pas le double du secours normal d'assistance, et sans que les budgets des pauvres ne fournissent jamais, pour la constitution de ces pensions, une somme ni supérieure ni même égale à celle qui lui aurait été demandée si l'individu n'avait pas fait acte de prévoyance.»

Un Membre. — Il n'existe pas de budget général des pauvres. Verriez-vous un inconvénient à remplacer les mots « budgets des pauvres » par ceux de «budgets de l'assistance?»

M. Georges Rondel. — J'accepte avec empressement cette modification. Je n'ai plus qu'un mot à ajouter, ce sera pour protester de mon profond respect pour les efforts de la prévoyance alors que des circonstances indépendantes de la volonté de l'individu se trouvent avoir réduit, non seulement à peu de chose, mais même à néant les résultats espérés. Il se peut qu'une maladie de longue durée, que le contre-coup de ruines commerciales fassent fondre des économies péniblement amassées; il se peut aussi que l'individu ait été mis dans l'impossibilité d'épargner; il se peut enfin que le résultat de la prévoyance ne soit pas appréciable en argent, par exemple s'il a abouti à permettre à quelqu'un d'élever une famille nombreuse. Tous ces cas sont intéressants, mais ils feraient échouer la réglementation charitable si l'on prétendait en tenir rigoureusement compte.

Tout ce qu'il est possible de faire à cet égard, c'est d'éviter que le législateur, statuant en matière d'assistance, fasse aux bénéficiaires des secours un sort préférable à celui des bénéficiaires de l'épargne. (*Applaudissements.*)

M. Cercueil. — J'exprime le regret que le projet de loi ne fasse rien pour les chefs d'une famille nombreuse.

M. Georges Rondel. — Je répète qu'il faut savoir gré aux citoyens qui ont réalisé des économies et les ont employées à donner des enfants à la patrie, car ils ont épargné le plus précieux des capitaux, le capital humain, mais qu'ils n'ont pas à demander leur récompense à l'assistance publique.

M. Émile Rey. — Je m'associe aux observations si sages de M. Rondel. Il y a deux catégories de vieux travailleurs. Il y a ceux qui ont épargné quelques ressources pour leurs vieux jours et il y a ceux qui n'ont pas pu ou pas su prendre cette mesure de prévoyance. Entre ces deux catégories s'en place une troisième qui se compose de tous ceux qui n'ont pas épargné suffisamment.

Ceux-là étaient bien intentionnés: ils ont commencé à faire quelques économies, mais des circonstances indépendantes de leur volonté, la maladie, le chômage, des charges de famille trop élevées, ont paralysé leurs bonnes dispositions. Il ne faut pas oublier l'effort qu'il ont tenté, il convient de leur tenir compte de leur bonne volonté. C'est ce que fait le projet de loi que M. Rondel a si bien analysé. (*Très bien. Très bien.*)

Je demande au Congrès d'émettre le vœu que ce projet de loi vienne le plus tôt possible en discussion devant le Parlement.

M. Mourier. — N'oublions pas que nous sommes un Congrès international, que nous ne pouvons que poser des principes généraux et que nous n'avons pas à nous adresser à tel ou tel Parlement.

Tout ce que nous pouvons faire c'est d'émettre le vœu que l'assistance aux vieillards soit faite de façon à ce que les prévoyants se trouvent toujours dans une situation privilégiée par rapport aux non-prévoyants.

M. Émile Rey. — L'observation de M. Mourier est très juste et je m'y rallie.

M. Cruveilhier. — Vous déduisez du montant de la pension d'assistance le pécule de l'assisté; il faudrait en déduire également le montant de la pension que, d'après la plupart des législations, les enfants doivent fournir à leurs parents pour les faire vivre. En effet, aussi bien d'après la loi morale que d'après la loi positive, c'est aux enfants qu'incombe au premier chef le devoir de secourir leurs parents âgés. Et il importe de ne pas faire supporter par l'État, c'est-à-dire par l'assemblée de citoyens, les charges qui peuvent résulter de l'accomplissement de ce devoir.

Mais d'autre part, à mon avis, il faudrait assimiler les ressources que le vieillard obtient de ses enfants au pécule qu'il s'est constitué par ses économies, car l'éducation des enfants représente une économie véritable, une économie qui profite au pays. Dès lors, puisque vous accordez certains avantages à ceux qui se sont constitué un pécule, il conviendrait de traiter de la même manière ceux qui reçoivent une pension de leurs enfants.

En un mot, je suis pour l'assimilation complète de la pension alimentaire au pécule.

M. Georges Rondel. — Il ne s'agit ici que d'encourager l'effort individuel. Avant de fixer le secours d'assistance on déduira naturellement du taux normal de la pension ce que l'assisté reçoit de sa famille. Je ne vous propose un traitement de faveur qu'en raison des ressources provenant de l'épargne personnelle de l'assisté.

M. Mourier. — Il est entendu que l'assistance n'intervient que lorsque la famille est impuissante.

M. Cruveilhier. — J'insiste pour qu'on n'oublie pas en faveur des vieillards le placement familial.

M. Georges Rondel. — Mon collègue et ami M. Cruveilhier a fait sur cette matière une étude très instructive, mais qu'il me permette de lui dire que ceci se rattache à l'ensemble de la question des vieillards dont nous ne traitons aujourd'hui qu'un détail.

M. le Président. — Dans les limites du sujet traité il conviendrait, ce semble, de marquer qu'on ne doit pas refuser *a priori*

l'assistance aux gens qui possèdent un petit revenu, insuffisant pour leur subsistance.

M. Georges Rondel. — Pour donner satisfaction aux observations présentées par MM. Rey, Mourier et Le Roux, je propose le paragraphe suivant, qui serait inséré en tête de mes conclusions.

La section émet le vœu :

« Que l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables soit organisée à bref délai partout où elle ne l'est pas encore et qu'elle soit organisée de telle façon que le titulaire d'une pension ne puisse par le fait être exclu *a priori* du bénéfice de secours. »

— Cette rédaction est acceptée.

— Les deux autres conclusions présentées par M. Rondel sont successivement mises aux voix et adoptées.

— Le séance est levée à midi.

CINQUIÈME ET DERNIÈRE SÉANCE

(Samedi 4 août 1900.)

Sommaire. — Discussion d'une communication verbale de M. Wuilleumier concernant la participation d'indigents valides secourus par l'assistance publique aux institutions de prévoyance. — Adoption de la conclusion présentée. — Discussion du mémoire de M. le Dr Picqué sur l'assistance chirurgicale aux aliénés. Adoption des conclusions modifiées. — Discussion d'une communication verbale de M. le Dr Bourrillon sur les facilités que procure l'assistance médicale pour l'installation de médecins à la campagne. — Adoption des conclusions présentées. — Présentation d'un mémoire de M. Charles Strauss sur l'institution d'un conseil supérieur des aliénés. — Prise en considération. — Discussion d'une communication verbale de M. Charles Strauss sur une réforme d'ordre civil à apporter à la législation sur les aliénés. — Adoption de la conclusion modifiée. — Discussion d'une communication verbale de M. Albin Rousselet sur les secours publics en cas d'accidents. — Adoption de la conclusion présentée. — Discussion d'une communication verbale de M. Jean Cruveilhier sur l'application du placement familial à la protection de la vieillesse. — Adoption de la conclusion présentée. — Exposé par M. le Dr Arnaud de l'ensemble des travaux de la section. — Remerciments du Président.

Président français : M. Hermann Sabran.
Président étranger : M. Muensterberg.

La séance est ouverte à 9 heures du matin, au Palais des congrès.

L'ordre du jour appelle la communication de M. Wuilleumier *sur la participation des indigents aux œuvres d'assistance et de mutualité* (1) qui n'a pu être discutée hier.

Wuilleumier, *directeur de l'Assistance publique de la ville de la Chaux-de-Fonds (Suisse).* — La participation d'indigents assistés à

(1) Voir la note qui termine le rapport de M. Georges Rondel sur les moyens de secourir la vieillesse, sans que l'organisation des secours constitue une prime à l'imprévoyance.

une caisse d'assurances peut paraître paradoxale. Tout contrat d'assurance entraîne, en effet, pour celui qui y participe, l'obligation de verser régulièrement des primes et l'on peut se demander si la situation matérielle d'un indigent obligé d'avoir recours à l'assistance comporte cette aggravation de charges.

Sans méconnaître la valeur de cette objection, l'Assistance publique de la Chaux-de-Fonds a été amenée à s'occuper de cette question et à la résoudre non sans succès. Permettez-moi d'attirer votre bienveillante attention sur les circonstances qui ont mis cette administration à même d'étendre à toute une catégorie des indigents qu'elle secourt les bienfaits d'une assistance au décès.

Le système d'assurance par la mutualité est depuis très longtemps en honneur dans le canton de Neuchâtel et en particulier dans notre ville, où près de vingt sociétés ont pris naissance.

Mû par l'idée de gagner à la cause de l'union et de la solidarité un nombre toujours plus considérable d'adhérents et par le désir de développer au sein de notre peuple et dans la plus large mesure, le principe moral et bienfaisant de l'assurance, l'État de Neuchâtel a résolu non seulement de grouper toutes ces sociétés de prévoyance en constituant une *caisse cantonale d'assurance populaire*, mais encore d'intervenir financièrement en prenant à sa charge une partie de la prime due par chaque sociétaire.

Les limites assignées à cet exposé m'interdisent d'entrer ici dans l'analyse de la loi du 20 mars 1898, par laquelle le canton de Neuchâtel a voulu, le premier en Suisse, garantir plus de sécurité et de bien-être aux générations futures, par l'organisation d'un système d'assurance basé sur la coopération commune des individus et de l'État, au profit de tous les membres de la collectivité qui voudront s'y intéresser. Il me suffit d'ajouter que cette institution, placée sous la haute surveillance de l'État, repose sur une base rationnelle et scientifique qui la préserve de tout mécompte financier et qu'elle opère l'assurance sous diverses formes, à savoir : l'assurance au décès, l'assurance en vue de la constitution d'une rente de vieillesse, et l'assurance mixte, dans laquelle le capital payable au décès peut, si l'assuré parvient à l'âge de 60 ans, être converti en rente viagère.

Cet organisme, institué par l'État, constitue l'assurance à bon marché, dont toute idée de lucre, de réalisation de bénéfices est abso-

lument exclue. En effet, les frais d'administration sont à la charge de l'État et la Caisse n'accumule que les réserves mathématiques nécessaires pour faire face à ses obligations.

L'assurance ainsi comprise et pratiquée est donc bien l'assurance populaire par excellence, mise à la portée des situations les plus modestes, ouverte à tous ceux dont les ressources sont infimes, puisque, grâce à l'administration économique dont cette institution est dotée et à la part assumée par l'État dans le paiement des cotisations, l'assurance d'une somme de 500 francs payable au décès n'exige d'une personne de 35 ans qu'une contribution de 1 franc par mois.

Dans de telles circonstances, l'Assistance publique de la ville de la Chaux-de-Fonds a résolu de faire participer aux avantages qu'une semblable institution réserve à ses assurés ceux de ses indigents valides qui, pour une cause ou pour une autre, n'arrivent qu'incomplètement à pourvoir à leurs besoins et à ceux de leurs familles, sans être cependant dénués de ressources au point de ne pouvoir faire journellement l'économie de la faible dépense qu'exige leur participation à l'assurance.

Abstraction faite des enfants abandonnés, des malades, des infirmes, des vieillards sans ressources, aux besoins desquels l'assistance a l'impérieuse obligation de pourvoir, l'assurance telle que nous la concevons, c'est-à-dire avec le concours de l'État et surtout avec la participation effective et personnelle de l'assuré, doit être conseillée à toute personne en état de travailler et par conséquent à tout indigent valide.

Nous exigeons, il est vrai, un effort personnel et permanent de la part de l'assuré; mais les sacrifices que les assistés s'imposeront volontairement pour assurer à leurs familles un avenir moins sombre, une situation moins précaire, auront pour effet de les inciter à des habitudes de sobriété, d'économie et d'épargne, de réveiller chez eux l'esprit de devoir, le sentiment de la dignité personnelle, de les amener enfin à compter davantage sur eux-mêmes, sur leur énergie et sur leur travail.

Envisagée à ce point de vue, l'assurance, sous l'une quelconque de ses diverses formes, apparaît comme un acte de prévoyance et de préservation sociales, et tout sacrifice consenti dans ce but par l'As-

sistance publique constitue de la part de cette dernière une assistance préventive telle que la prévoit notre loi neuchâteloise sur l'assistance et telle que la rêvent tous ceux qui ont à cœur l'amélioration du sort de l'indigent (1).

En enrôlant nos assistés dans les rangs des mutualistes nous préparons pour l'avenir un allègement des charges d'assistance, mais je tiens surtout à insister sur la partie morale d'une innovation qui a pour but de développer chez nos protégés des sentiments salutaires de responsabilité et de prévoyance.

A notre instigation et sur nos encouragements 105 de nos assistés ont souscrit auprès de la caisse populaire dont nous avons parlé une

---

(1) Ce mémoire était rédigé lorsque m'est parvenu le rapport présenté par M. G. Rondel sur la répercussion exercée par l'assistance gratuite sur les institutions de prévoyance. Le travail très intéressant et suggestif de notre distingué collègue renferme des extraits de rapports préfectoraux reçus au ministère de l'Intérieur de la République française qui sont, je le constate avec une réelle satisfaction, en parfaite concordance avec les idées que j'ai l'honneur de développer ici. C'est ainsi que M. le préfet de Lot-et-Garonne, tout en exprimant des craintes concernant l'accroissement rapide des dépenses d'assistance, conclut comme moyen préventif « à subventionner largement les mutualistes et à leur permettre de majorer les pensions de prévoyance jusqu'à un taux au moins égal à celui des pensions d'assistance. Il y a lieu de souhaiter, dit-il en terminant, que le mouvement mutualiste soit puissamment encouragé, afin que le bénéfice des lois d'assistance finisse par n'aller qu'aux seuls malheureux qui auraient sans doute voulu être prévoyants, mais n'ont pas pu l'être. »

En thèse générale, écrit M. le préfet de la Marne, « on peut affirmer, en ce qui concerne la population rurale, que la certitude d'être assisté en cas d'invalidité définitive ne détourne pas celle-ci de l'épargne. Il n'en est pas de même de la population des villes qui ne songe pas suffisamment à l'avenir... Le seul remède pratique à cette situation, je ne le vois que dans une loi qui rendrait la prévoyance obligatoire. »

M. le préfet de la Haute-Marne estime « qu'en principe, et sauf exceptions à déterminer, celui-là devrait seul être secouru par l'assistance publique (vieillard ou incurable) qui aurait lui-même versé une prime en prévision du moment où il ne pourrait plus travailler. »

M. le préfet de l'Eure « appelle le vote et la mise en vigueur d'une loi instituant les retraites ouvrières et astreignant les travailleurs à songer à l'avenir. Conclusion : toutes nos lois d'assistance sont excellentes d'intention et de fait, mais à titre transitoire, comme mesures empiriques. Il est nécessaire qu'une société démocratique fasse tous ses efforts pour atténuer les effets de la misère, mais à condition de travailler à en supprimer les causes, dans la mesure compatible avec la nature humaine. »

Des quelques citations que je viens de faire se dégage avec une grande netteté la tendance à encourager les indigents valides à la prévoyance et à l'épargne.

police d'assurance de 500 francs au décès; cette combinaison étant, en raison de la modicité de la prime, la plus accessible à ceux qui sont dans la gêne et la plus avantageuse aux enfants des contractants.

De ces 105 assurés, 87 ont payé leur prime sans notre intervention et retiré eux-mêmes leur police. Notre bureau détient 18 polices pour lesquelles il a fait l'avance des cotisations, mais une partie des titulaires de ces polices ont manifesté l'intention de rembourser les avances faites pour eux et de payer ensuite les primes à échoir.

Le mode de répartition de la somme à toucher au décès est des plus simples. Les tarifs de la caisse cantonale d'assurance font ressortir à 100 francs environ le montant de la contribution de l'État sous forme de paiement de primes pour une assurance au décès de 500 francs. Partant du principe que l'assistance publique, ou la commune de domicile si cette dernière intervient, doit résolument écarter toute idée de lucre, nous avons estimé que cette somme de 100 francs doit être acquise à l'assuré, alors même que ce dernier n'aurait pu payer aucune cotisation: l'intervention de l'État devant s'exercer exclusivement au profit de l'assuré.

Sur les 400 francs restant à répartir il n'est que juste et équitable que, soit la commune, soit l'assistance publique, se rembourse du montant exact, mais sans intérêts, des paiements qu'elle aurait pu faire pour le compte de l'assuré. Quant au surplus il doit revenir intégralement à la famille de ce dernier.

Je puis indiquer un premier résultat des mesures dont j'ai l'honneur de vous entretenir. L'un de nos assurés est mort dans le cours de sa première année d'assurance laissant quatre enfants majeurs et un mineur, ce dernier à notre charge. Cet assuré a payé lui-même ses primes, et les 100 francs revenant au mineur ont été déposés au nom de celui-ci dans une caisse d'épargne, et lui seront remis, accrus des intérêts, lorsque viendra pour lui le moment de gagner sa vie.

Telles sont les principales données touchant la première application du système de l'assurance à l'égard d'indigents. Nous verrons plus tard l'extension que, selon les circonstances, nous pourrons donner au système qui vient d'être inauguré. En attendant nous constatons avec une très vive satisfaction qu'un grand nombre de nos assistés sont parvenus à remplir leurs engagements sans notre

aide et que l'épargne faite par eux dans ce but n'a pas aggravé leurs conditions d'existence, puisqu'aucun d'eux n'a demandé de supplément d'assistance.

Il convient toutefois de ne pas exagérer la portée de cette innovation qui n'est évidemment pas une panacée à opposer à la misère et aux causes de dégénérescence physique et morale auxquelles tant d'âmes compatissantes et généreuses s'efforcent de porter remède. Peut-être envisagerez-vous cependant qu'aucun moyen, fût-il même d'ordre secondaire, ne doit être négligé dans la grande œuvre de régénération et de relèvement, qui est la raison d'être de ce Congrès, et daignerez-vous donner votre haute approbation aux conclusions que je formule comme suit :

« La section envisage que la participation des indigents valides aux caisses d'assurances constitue un des moyens propres à développer chez l'assuré des habitudes de travail, d'économie et de prévoyance et qu'elle mérite, à ce titre, d'être étudiée et encouragée. » (*Très bien. Très bien.*)

M. le Président. — Les conclusions proposées par M. Wuilleumier sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. le Dr Picqué, médecin-chef de Sainte-Anne, délégué de la préfecture de la Seine, sur *la chirurgie des aliénés au point de vue légal et administratif.*

M. le Dr Lucien Picqué. — A-t-on le droit d'opérer un aliéné placé d'office dans un asile par application de la loi de 1838? Telle est la question que je viens soumettre à la IIe section du Congrès; voici ce que j'en ai dit ailleurs :

Certes il est des cas où la solution n'est pas douteuse quand il s'agit d'affection chirurgicale pouvant mettre à brève échéance la vie du malade en danger.

Mais la maladie n'est pas toujours si redoutable et l'opération qu'elle nécessite ne présente pas dès lors un caractère d'urgence immédiate.

C'est alors que les difficultés commencent.

Dans une récente communication faite à la Société de médecine légale, j'ai insisté sur les difficultés avec lesquelles nous sommes aux prises dans la pratique dans les cas si fréquents où l'urgence n'est pas immédiate, mais qui demandent néanmoins une intervention rapide si l'on ne veut pas voir sortir de l'asile des

malades guéris de leur affection mentale, mais présentant une infirmité ou une légion chirurgicale incurable, parce qu'on n'est pas intervenu à temps. Peut-on consulter l'aliéné? Certes il en est parmi eux qui pourraient parfaitement donner leur avis, à preuve ceux qu'on autorise à jouir d'une certaine liberté dans l'asile ou en dehors et ceux qui peuvent dans certaines conditions être appelés à signer des actes civils.

Il en va tout autrement à mon sens pour ce qui concerne la chirurgie. J'estime pour ma part qu'il ne faut dans aucun cas demander l'avis d'un malade aliéné au sujet d'une opération chirurgicale, parce que c'est là une solution dangereuse et qui peut ouvrir la porte à bien des abus.

Je tiens à m'expliquer sur ce point devant le Congrès. Un aliéné a été jugé assez lucide pour signer un acte. Cet acte sera toujours revisible.

Il jouit de certaines libertés qu'on peut à la rigueur lui retirer s'il en mésuse. Il ne saurait en être de même de la chirurgie et je ne parle pas des cas mortels qui peuvent survenir, lorsque le chirurgien est appelé dans des situations souvent désespérées; je fais allusion aux cas d'opérations nécessitant des mutilations et pouvant devenir ultérieurement le point de départ de réclamations de la part des familles ou des malades.

D'ailleurs, où commence la lucidité? Quelle en est la limite exacte? Ne pourra-t-elle pas être contestée si l'intervention a été suivie d'un insuccès souvent justifié par la gravité du cas.

Le praticien lui-même ne pourra-t-il pas toujours être accusé de n'admettre la lucidité que lorsque le malade accepte l'opération et de la rejeter quand il la refuse.

J'estime, au résumé, que la responsabilité du chirurgien devient trop lourde dans ces conditions et je refuse pour ma part, contrairement à l'opinion des chirurgiens américains, à solliciter l'avis des malades.

Je suis d'avis de solliciter l'avis des familles et de s'abstenir en cas de refus. Mais les déterminations prises par la famille peuvent souvent être sujettes à caution. Une famille peut désirer plutôt la mort que la guérison du malade et, dans ce cas, il peut arriver qu'elle ne réponde pas à la communication qui lui a été faite.

Pour résoudre cette difficulté je propose la disposition suivante :

« Dans les cas où les familles ne répondront pas aux demandes des médecins, soit par absence, soit par négligence, soit par calcul, et lorsque toutes les précautions ont été prises pour que l'avis leur parvienne, le cas pourrait être soumis à une commission formée par tous les médecins de l'asile.

« L'Administration, suffisamment éclairée, prendrait une mesure conforme aux décisions de la commission et aux intérêts du malade. »

J'arrive à une deuxième question : où et par qui l'opération doit-elle être faite ?

J'estime que l'aliéné doit être opéré dans l'asile. L'hôpital n'est pas disposé pour le recevoir; il n'a ni salle d'isolement pour les aliénés bruyants qui peuvent gêner le repos des malades ordinaires, ni personnel à immobiliser près d'un agité, ni moyens de contention et de prévention contre les tentatives de suicide.

Tous ceux qui connaissent les aliénés savent qu'à l'asile seulement ils peuvent éviter les rechutes et arriver à la guérison.

En dehors du milieu spécial nécessaire à l'aliéné il faut aussi savoir que la chirurgie chez lui n'est pas la même que chez les malades ordinaires. Pour une même affection, telle opération qui convient à ce dernier serait défectueuse pour un aliéné et cela pour des raisons d'ordres divers que je ne puis développer devant vous; d'ailleurs une opération peut exiger chez l'aliéné une technique opération différente.

Il existe réellement une adaptation particulière de la chirurgie à cette catégorie spéciale de malades et qui exige de la part du chirurgien une connaissance véritable de l'aliéné.

Ces considérations m'amènent à conclure *que la chirurgie des aliénés ne peut se faire que dans l'asile et ne saurait être confiée qu'à un chirurgien qui s'est spécialisé dans cette branche si intéressante.* (*Très bien. Très bien.*)

M. le Dr Drouineau. — J'appuie les dernières conclusions de M. le Dr Picqué. Je crois qu'il faut établir des pavillons de chirurgie dans les asiles d'aliénés. Déjà dans quelques-uns, ces pavillons existent à l'état embryonnaire. Cette organisation doit être complétée. En ce qui concerne l'autorité qui décidera s'il faut faire ou ne pas faire l'opération, je ne crois pas qu'il faille donner ce droit à l'Administration de l'asile. Sur ce point, je fais toutes réserves.

M. le Dr Lucien Picqué. — Si j'ai proposé de conférer ce droit à l'Administration, c'est par déférence pour elle. Chez nous c'est l'Administration qui tranche les questions; d'ailleurs, elle sera éclairée, au point de vue technique, par l'avis des médecins.

Quant aux opérations, celles qui sont simples et urgentes seront toujours faites dans les infirmeries de l'asile, mais chaque fois qu'il s'agit d'une opération importante, il est indispensable que l'asile

possède un local spécial approprié aux opérations graves de la chirurgie, et que le malade soit opéré par des chirurgiens de carrière.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions proposées par M. le Dr Picqué et qui peuvent se résumer ainsi :

Le Congrès émet le vœu :

« Que dans chaque asile d'aliénés il y ait un service de chirurgie pour les opérations courantes, et qu'il y ait dans les grands centres un service de chirurgie spécial avec un personnel spécial pour les grosses opérations. »

M. le Dr Drouineau. — Quand l'asile est une annexe de l'hôpital comme dans les quartiers d'hospice, le transfert du malade est facile, mais lorsque l'asile d'aliénés sera éloigné de l'hôpital, ce transfert sera peu aisé. Au lieu de transférer le malade, j'aime mieux déplacer le chirurgien.

M. le Dr Lucien Picqué. — Je me range volontiers à cet avis. L'essentiel c'est que l'aliéné soit opéré dans son milieu et par un chirurgien spécial et de carrière.

Je formule ainsi mes conclusions :

« Les malades des asiles d'aliénés doivent être opérés à l'asile et non à l'hôpital ;

« Dans chaque asile il importe de constituer un service de chirurgie avec un chirurgien spécial. »

— Ces conclusions sont mises aux voix; elles sont adoptées.

M. le Président. — Nous reprenons la première question, celle de savoir quelle est l'autorité qu'on peut solliciter pour opérer un aliéné.

M. le Dr Picqué propose que, dans le cas où la famille se dérobe et ne répond pas à la demande qui lui a été adressée, l'autorisation de faire l'opération soit donnée par l'Administration de l'asile après avis d'une commission de médecins.

M. le Dr Drouineau. — J'admettrais, à la rigueur, que le directeur de l'asile autorisât une opération dans des cas urgents, mais lorsqu'il n'y a pas d'urgence, ce droit ne peut lui être accordé. Il y a des chirurgiens qui ont le couteau un peu facile et le directeur de l'asile sera fort embarrassé pour refuser son autorisation lorsque le médecin aura déclaré l'opération nécessaire.

La responsabilité devrait incomber au médecin et non pas au directeur de l'établissement.

M. le Président. — Il me semble que c'est la justice qui devrait trancher la question.

M. Hovy. — Il me paraît bien difficile qu'un congrès international puisse désigner l'autorité qui sera investie de ce pouvoir.

Il me paraîtrait plus juste de dire qu'au cas où la famille se dérobe, il y aura une autre autorité qui décidera. Nous laisserons ainsi à chaque pays le soin de déterminer quelle sera cette autorité.

M. le Dr Lucien Picqué. — J'accepte la modification proposée par M. Drouineau et qui tend à décharger l'Administration de toute responsabilité. Ce qui importe avant tout, c'est qu'une opération indispensable puisse être faite ou qu'il y ait quelqu'un qui prenne la responsabilité de s'y opposer.

Moi, qui suis chirurgien des hôpitaux d'aliénés, je vois souvent des aliénés atteints d'affections curables et qu'on ne soigne pas parce que la famille à laquelle on a demandé l'autorisation de faire l'opération ne répond pas.

Dans un hôpital ordinaire on renvoie le malade qui refuse d'être opéré, mais dans un asile d'aliénés il en est autrement, le malade ne peut sortir et le médecin assiste à son agonie alors qu'il pourrait le sauver si la famille n'y mettait pas de la mauvaise volonté.

M. le Président. — On propose le texte suivant :

« Lorsqu'une opération chirurgicale est jugée nécessaire, l'autorisation sera demandée à la famille ; si celle-ci ne répond pas,

l'autorisation sera demandée à une autorité que chaque nationalité désignera. »

— Cette rédaction est adoptée.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. le Dr Bourrillon sur la question suivante :

Comment la loi sur l'assistance médicale gratuite peut faciliter l'installation de médecins dans les pays pauvres qui en sont privés.

M. le Dr Bourrillon, *ancien député, directeur des asiles nationaux de Vincennes et Vacassy.* — La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite a été, en France, un bienfait pour les campagnes. Dans les villes où les médecins sont nombreux, les soins n'ont jamais été marchandés par le corps médical aux indigents ; il n'en était pas de même dans les campagnes, privées de médecins, où les malades misérables devaient souvent renoncer à recevoir la visite d'un praticien.

Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, grâce à la bienfaisante loi. Bien mieux, par elle, on peut doter les pays les plus pauvres d'un médecin dont la présence sera utile, non pas seulement aux indigents, mais encore à la population moyenne ou aisée.

L'organisation nouvelle et peu connue dont je vais parler est surtout applicable aux pays de montagnes, et, en général, à tous les cantons dont la population n'a que de très faibles ressources.

Le département de la Lozère est un des plus pauvres de France ; aussi le système que j'ai préconisé s'y est-il assez généralisé pour que, depuis 1897, date du premier essai, six cantons sans médecin l'aient adopté et qu'ils s'en applaudissent tous les jours.

Pour bien faire comprendre comment on peut réaliser un progrès important, en favorisant l'installation de médecins dans des pays pauvres, je prendrai comme exemple la méthode suivie pour le canton de Grandrieu, que j'ai l'honneur de représenter au conseil général de la Lozère.

En 1896, l'application de la loi dans ce canton était rendue difficile par l'hostilité des conseillers municipaux, qui protestaient contre

la facilité donnée à un indigent de se faire soigner aux frais des contribuables, alors qu'eux-mêmes se passaient de médecin, ou ne le le faisaient appeler que dans des cas exceptionnellement graves. Leur raisonnement n'était pas sans justesse et n'étonnera personne, quand on saura que le médecin le plus voisin résidait à 22 kilomètres et prenait 22 francs par visite. L'appeler en consultation constituait une dépense considérable, pour peu que la maladie fût de longue durée et que le malade ne possédât qu'une très modeste fortune; ce qui est le cas le plus général, même parmi les *fort imposés*, dont les conseils municipaux sont presque toujours composés dans le département.

En présence de cette situation, il m'a paru que si l'on pouvait, à l'aide de la loi de 1893, amener un médecin à s'installer au centre du canton, non seulement les conseils municipaux et la population aisée feraient un bon accueil à cette loi, mais encore que les indigents seraient mieux soignés, en même temps que la santé et l'hygiène publiques y gagneraient considérablement.

Le tarif médical de l'assistance médicale gratuite dans la Lozère, prévoit le prix de un franc pour la visite sur place et, pour frais de transport, un franc par kilomètre parcouru dans un sens seulement. La visite faite à Grandrieu, chef-lieu placé à peu près au centre géographique du canton, coûtait donc au service de l'assistance médicale 23 francs, que l'on devait payer au médecin d'un canton voisin. Elle ne coûterait qu'un franc si le médecin se trouvait sur place ; on pouvait réaliser ainsi une économie de 22 francs par visite. De même, dans toutes les communes du canton, on verrait diminuer le prix de la visite médicale si le médecin résidait au centre du canton.

N'était-il pas dès lors possible de calculer approximativement l'économie qui résulterait, pour tout le canton, de la présence d'un médecin à Grandrieu et d'attribuer à celui-ci cette somme à titre d'indemnité de résidence? Le budget de l'assistance n'y perdrait rien et toute la population y gagnerait, puisque riches et pauvres pourraient recevoir des soins immédiats et journaliers. Après avoir étudié la question avec M. l'inspecteur départemental, j'ai soumis cette étude au conseil général de la Lozère, qui approuva mes propositions. Restait à obtenir l'autorisation de l'État, ce qui me fut

facile grâce à la haute autorité et au bienveillant appui de M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

J'ai réuni alors à Grandrieu les maires et les adjoints des huit communes du canton et, après leur avoir exposé les avantages de la solution que je leur proposais, je les ai engagés à faire voter par leurs conseils municipaux une somme représentant la quote-part de chaque commune pour l'indemnité fixe à accorder au médecin. Ce vote fut obtenu sans difficultés, car, en raison de la modicité du centime de ces pauvres communes, la plus grosse part de la dépense incombait au département et à l'État, et les sommes données par les conseils municipaux étaient très minimes, si on les comparait surtout aux avantages qui résulteraient de cette solution.

Un jeune docteur lozérien, M. Justin Barandon, répondit à mon appel et s'installa à Grandrieu le 18 juillet 1897, avec 2.000 francs d'indemnité fixe sur les fonds de l'assistance médicale et 200 francs, offerts gracieusement par le conseil municipal du chef-lieu, comme indemnité de logement. Aimé et estimé de tous, il donne les soins à une population cantonale de 6.000 habitants répartis en huit communes, et aussi aux habitants de certaines communes des cantons voisins.

L'exemple donné par le canton de Grandrieu a été suivi par les cantons du Collet-de-Dèze, du Pont-de-Montvert, de Fournels, de Nasbinals et du Malzieu. Le tableau ci-dessous donne la marche de cette progression et démontre que, pour une somme d'environ 9.000 francs, que l'assistance médicale gratuite aurait d'ailleurs déboursée pour payer les kilomètres parcourus annuellement par ses médecins, près de 25.000 habitants ont eu à leur portée un médecin qu'ils étaient obligés précédemment d'aller chercher souvent à 20 ou 30 kilomètres.

Il y avait là un point trop intéressant de l'application de la loi de 1893 dans les départements pauvres, pour qu'il puisse passer inaperçu dans ces grandes assises de la bienfaisance.

Peut-être y aurait-il lieu de faire connaître ce système dans bien des régions, en l'accompagnant d'instructions destinées à faciliter et à réglementer son application.

NUMÉROS D'ORDRE	DÉSIGNATION des CIRCONSCRIPTIONS médicales.	NOMBRE DE COMMUNES COMPRISES	DATE de la CRÉATION	MONTANT DE L'INDEMNITÉ ANNUELLE	MALADES SOIGNÉS ET DÉPENSE ANNUELLE (*pour les médecins*)						POPULATION	OBSERVATIONS
					ANNÉE 1897		ANNÉE 1898		ANNÉE 1899			
					Soignés.	Honoraires.	Soignés.	Honoraires.	Soignés.	Honoraires.		
				fr.		fr. c.		fr. c.		fr. c.		
1	Grandrieu.....	8	18 juillet 1897	2.000	33	205 »	58	353 25	84	837 75	6.153	
2	Collet-de-Dèze..	7	3 novembre 1897	2.000	18	266 50	29	514 »	21	253 50	4.105	
3	Vialas..... (Pont-de-Mt-Vert.)	3	15 janvier 1898	529	3	32 »	6	78 »	6	55 »	2.579	
4	Fournels.....	11	4 avril 1899	1.000	»	»	»	»	32	526 »	4.031	
5	Nasbinals	5	12 mai 1899	2.000	»	»	»	»	17	143 »	2.952	Pour 9 mois.
6	Le Malzieu.....	8	1er juillet 1899	1.760	»	»	»	»	23	175 50	5.077	— 6 —
			TOTAUX.....	9.289							24.927	

Je me résume en concluant :

« 1° Que l'on peut, à l'aide de la loi sur l'assistance médicale gratuite et sans en augmenter les dépenses, doter de médecins certains pays qui en sont privés ;

« 2° Qu'ainsi les indigents seront mieux soignés, pendant que la population aisée, bénéficiant de cet avantage, accueillera avec plus de faveur cette démocratique et bienfaisante loi. Ainsi disparaîtra dans bien des départements la prévention qu'un souci peut-être exagéré des finances communales et départementales a fait naître au sein des conseils municipaux et généraux ;

« 3° Que l'hygiène et la santé publique gagneront considérablement à une meilleure répartition dans la résidence des médecins ;

« 4° Que l'on pourra ainsi parer, dans une certaine limite, à l'encombrement de la profession médicale signalé par M. le doyen Brouardel. »

M. Muensterberg. — En Allemagne, avec de rares exceptions, le médecin chargé des malades pauvres reçoit un salaire fixe. Le malade n'a pas le choix du médecin. Il doit s'adresser au docteur auquel ce service est confié. En France, vous avez le système contraire ; le malade a le droit de s'adresser au médecin qui lui convient le mieux, et celui-ci reçoit de l'Administration le prix de sa visite. Malheureusement, ce prix me paraît bien trop minime, et je me demande comment avec ce salaire des hommes instruits peuvent accepter de faire ces visites. Je serais très heureux d'avoir quelques renseignements sur ce point.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — En France, nous avons les deux systèmes : le système vosgien ou système landais et le système des circonscriptions médicales. Dans le premier, tous les médecins qui acceptent de soigner les malades pauvres à un prix de visite convenu sont inscrits sur une liste, qui est publiée. Le malade choisit celui qui lui convient le mieux, et l'Administration paye le nombre de visites faites.

Dans le second système, un médecin est chargé d'une circon-

scription, avec un traitement établi à forfait ; les malades doivent s'adresser à lui seul. Il est juste d'ajouter que nous, nous allons de plus en plus vers le système vosgien.

Ce qui convient à un pays ne convient pas à un autre. En France, la question politique se mêle à la question d'assistance et, avec le système des circonscriptions, elle pourra intervenir pour le choix du médecin ; car le poste de médecin de l'assistance gratuite constitue parfois un marchepied pour arriver à la politique. Avec le système vosgien, la surveillance est faite par le malade, qui choisira de préférence le médecin qui fait bien son service.

M. Muensterberg. — Je reconnais que le système de la liberté du choix a de grands avantages, mais ne présente-t-il pas quelques inconvénients ? Ne craignez-vous pas que le médecin, pour attirer à lui la clientèle et pour — disons le mot — se rendre populaire, ne prescrive, par exemple, beaucoup plus de médicaments qu'il ne serait nécessaire ? En tout cas, le prix de la visite me paraît bien faible.

M. le Dr Dreyfus-Brisac. — Je reconnais que souvent le salaire est dérisoire. Les médecins cependant l'acceptent, parce que s'ils ne recevaient pas ce traitement ils auraient à soigner gratuitement les malheureux. En France, dans les petites villes, les salaires de ces médecins sont inférieurs à ceux de l'Allemagne ; dans les grandes villes ils sont supérieurs.

M. Muensterberg. — J'estime que c'est un grand mal de baisser ainsi à outrance le salaire des médecins. En Allemagne, nous avons le très vif désir de l'augmenter ; ou si les médecins, pour vivre, sont obligés de se faire une telle concurrence, leur caractère finira par s'abaisser, et ce sont les malades qui en pâtiront.

— Les conclusions du travail de M. le Dr Bourrillon sont mises aux voix et adoptées dans les termes suivants :

« La section a la pensée que l'on peut, à l'aide de la législation sur l'assistance médicale gratuite, et sans en augmenter les dépenses, doter de médecins certaines localités qui en sont privées ;

« L'hygiène et la santé publiques gagneront considérablement à une meilleure répartition dans la résidence des médecins. »

M. Grosseteste-Thierry remplace M. Hermann Sabran au fauteuil de la présidence.

Présidence de M. Grosseteste-Thierry.

M. le Président. — La parole est à M. Charles Strauss pour une communication verbale concernant les améliorations à apporter dans l'assistance aux aliénés indigents.

M. Charles Strauss. — La loi de 1838 a été l'objet depuis sa promulgation de nombreuses controverses, mais jamais plus qu'aujourd'hui elle n'a subi d'attaques généralement peu justifiées et ayant plutôt le caractère que lui imposent des tendances obéissant au courant de l'esprit novateur qui est la forme de l'esprit humain.

La création d'un conseil supérieur du service des aliénés constituerait la sauvegarde des intérêts des aliénés en même temps que ceux de la société, alors que les projets nouveaux semblent de nature à compromettre les uns comme les autres.

Un acte d'administration publique, sollicité en quelque sorte par les événements, pourrait être considéré, sinon comme le palladium, tout au moins comme une mesure préventive contre les difficultés naissant chaque jour.

A côté de tous les grands services publics, le Gouvernement a institué un conseil supérieur. Quelle raison pourrait s'opposer à ce que cette mesure protectrice fût étendue à la création d'un conseil supérieur du service des aliénés placé sous le haut contrôle de l'État.

Le rôle dévolu à cette assemblée acquerrait une importance considérable, tant par l'étude des questions complexes qui lui seraient soumises touchant et l'administration et la législation que par celles visant les garanties de la liberté individuelle.

M. le Président. — Avant que personne ne demande la parole je vous demande la permission de ne pas mettre aux voix la propo-

sition de M. Strauss, car cette proposition ne saurait être adoptée par un Congrès international, étant donné qu'elle vise non seulement une loi française, mais une application de cette loi d'ordre exclusivement administratif. Si vous le voulez bien, nous nous bornerons à son sujet, à une simple prise en considération qui permettra de l'imprimer dans nos procès-verbaux et de la livrer à l'étude de nos collègues français en vue du prochain congrès national d'assistance. (*Applaudissements.*)

M. Charles Strauss. — J'ai une autre proposition à faire concernant les réformes de l'assistance aux aliénés. Il s'agit de reviser en ce qui concerne ces assistés les dispositions légales relatives à la notification *à partie*.

Je m'excuse d'invoquer, à ce propos, des textes législatifs exclusivement français : car j'entends traiter la question au point de vue international.

L'interprétation, en un texte précis de la loi de 1838, s'impose au législateur. Malgré les termes formels du paragraphe premier article 35 énonçant que : « Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur », l'article 501 du Code civil mentionnant que tout arrêt ou jugement portant interdiction..... doit être signifié *à partie* est appliqué en de nombreux cas dans la procédure suivie contre des aliénés. Il ne saurait subsister aucun doute sur le caractère préjudiciable de ce mode de procéder, le but essentiel de la loi étant d'assurer à la partie intéressée, ou, en cas d'incapacité de cette dernière, à son mandataire, la connaissance de l'action intentée et les moyens d'y défendre.

Comment répondre à l'esprit de la loi si l'intéressé est frappé dans ses facultés mentales au moment de la délivrance de l'exploit, à sa personne, alors que l'administrateur est seul habilité, en vertu de l'article 35, à recevoir toute notification.

C'est un principe de droit que toute disposition nouvelle abroge implicitement, en raison de sa postériorité et de l'absence de texte formel, toute disposition antérieure contraire. Une seule exception est insérée dans l'article 35 paragraphe 3 : « Il n'est point dérogé

aux prescriptions de l'article 173 du Code de commerce ». La limitation expresse de cette réserve démontre jusqu'à l'évidence qu'aucune objection ne saurait être invoquée.

L'impossibilité pour le justiciable, dans l'éventualité de son retour à la raison, du recours au bénéfice des articles 894 et 895 du Code de procédure civile, par suite de l'ignorance d'une procédure, engagée au cours d'une crise, inexistante pour lui, est un argument décisif.

En dehors, et au-dessus du point de droit, des considérations d'ordre supérieur dominent ces objections déjà concluantes, c'est le fait brutal d'une notification juridique à un dément, fait de nature à provoquer les crises les plus funestes.

La réforme de la législation visant l'espèce n'est pas seulement une question de procédure; c'est une question d'humanité et comme le sentiment qui l'inspire n'a pas de frontières, je crois pouvoir convier tous nos collègues étrangers à l'appuyer de leur autorité, persuadés qu'ils seront les premiers à réclamer pour leur propre pays une modification analogue, s'ils en aperçoivent la nécessité comme je crois l'avoir démontrée pour la France. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Giraud. — Je reconnais que, jusqu'à un certain point, il s'agit ici d'une question d'humanité; mais sous prétexte d'humanité, on ne peut cependant séparer complètement l'aliéné du reste du monde. Lorsqu'il s'agit de questions d'administration provisoire, je comprends que l'on s'adresse à l'administrateur provisoire; mais lorsqu'on veut avertir un aliéné qu'il sera interrogé en vue d'une demande d'interdiction, il faut bien notifier l'acte à la personne. Les intentions de M. Strauss sont sans doute excellentes. Je ne puis cependant accepter sa proposition.

M. Charles Strauss. — M. le Dr Giraud parle de certains actes qu'il faut forcément notifier à l'aliéné. Pourquoi ? L'aliéné ne comprend rien à ce qu'on lui demande. Souvent, quand l'huissier lui notifie un acte, l'aliéné s'exaspère, saisit le papier et le met en morceaux. La notification est considérée tout de même comme faite, et l'affaire suit son cours. Comme résultat, je ne vois qu'une chose : c'est qu'on a inutilement fatigué un malade.

M. le Dr Giraud. — Je suis médecin d'asiles depuis vingt-huit ans. J'ai 1.250 malades, je vois apporter des notifications à ces malades, et je n'ai jamais constaté les conséquences désastreuses dont parle M. Strauss. Je propose qu'on restreigne le vœu et qu'on ne fasse aucune *notification à personne* toutes les fois qu'il s'agira de l'administration des biens.

— La proposition de M. Strauss est mise aux voix. Elle n'est pas adoptée. La proposition de M. Giraud est adoptée.

M. le Président. — La parole est à M. Albin Rousselet, rédacteur en chef de l'Assistance publique, pour une communication verbale sur *les secours publics en cas d'accident.*

M. Albin Rousselet. — Les secours publics en cas d'accident sont loin d'être assurés dans des conditions satisfaisantes. Une enquête que j'ai faite prouve que de grands progrès restent à réaliser. Sans doute, dans les grandes villes, on a amélioré le service, créé des ambulances municipales, établi des postes de secours auprès des sapeurs-pompiers et dans les gares de chemins de fer. Mais si l'on pénètre dans les postes de police, quel triste spectacle n'a-t-on pas sous les yeux! Ici, il n'y a pas de boîte de secours; là, elle est vide, le brancard n'est pas propre, et, parfois, l'éponge destinée à laver les blessures sert à nettoyer le plancher. A Paris, diverses sociétés se sont fondées pour former des brancardiers volontaires. La *Société des secouristes français* a organisé un cours dans chaque arrondissement. Malheureusement beaucoup de ces sociétés manquent de matériel, surtout dans les campagnes. Pendant les moissons, il y a souvent des accidents causés par les machines et par les piqûres de vipères. Il faudrait inviter les maires des campagnes à avoir des boîtes de secours pour ces cas spéciaux.

Je demande au Congrès d'émettre le vœu que des brochures, indiquant les premiers soins à donner aux blessés, soient distribuées.

Pour ce service, on pourra faire appel au concours des médecins et des instituteurs.

— Le vœu est mis aux voix, et est adopté.

M. le Président. — La parole est à M. Cruveilhier, rédacteur en chef de la *Revue communale*, pour une communication sur *l'application du placement familial à la protection de la vieillesse.*

M. Jean Cruveilhier. — La protection de la vieillesse est un devoir social impérieux; et, à ce titre, tout État civilisé doit se préoccuper d'en assurer l'accomplissement. Mais que de divergences sur le mode de réalisation de ce principe !

Je désire simplement attirer l'attention des membres du Congrès sur un mode de protéger la vieillesse qui se prête à tous les systèmes: assistance ou assurance. Je veux parler du placement des vieillards dans les familles de paysans moyennant une prime annuelle ou mensuelle. Les avantages moraux de ce système sont évidents. Comment hésiter entre l'hospice et la vie de famille ? D'un côté : casernement, rapports forcés et continuels avec d'autres vieillards ayant les mêmes infirmités; enfin, conditions hygiéniques défectueuses dans un milieu plus ou moins imprégné de germes morbides.

De l'autre, la vie de famille qui, metttant le vieillard en contact avec la jeunesse, le récrée par de gais spectacles dans un milieu sain. Quelle différence avec cette vie d'hospice, impersonnelle et mécanique, triste par elle-même, et triste par l'idée qu'elle évoque sans cesse d'une déchéance qui précède la mort.

A un autre point de vue, le placement familial présente cet avantage d'être la forme la moins onéreuse d'assurer la protection de la vieillesse.

Les familles de paysans recevraient dans bien des pays comme une bonne fortune les vieillards qu'on leur confierait, même moyennant une somme modique. La façon dont elles réclament les pupilles de l'assistance, la plupart du temps incapables de travailler, en est un sûr garant. Et cependant, l'indemnité qu'elles reçoivent pour la garde de ces enfants est quelquefois dérisoire. C'est qu'à la campagne, où les produits naturels ne coûtent presque rien, une bouche de plus à nourrir ne grève pas beaucoup le budget d'une famille, tandis que le moindre appoint pécuniaire, là où l'argent est si rare, peut être d'un grand secours.

L'examen des tarifs du service des enfants assistés nous prouve

qu'en donnant pour chaque vieillard un salaire de 30 francs par mois, on pourrait assurer leur existence dans des conditions suffisantes.

Le système de placement des vieillards tel que nous venons de l'esquisser n'entraînerait pas un surcroît de dépenses administratives bien considérables, parce que son fonctionnement pourrait être assuré par le service des enfants assistés.

Je demande au Congrès d'émettre le vœu :

« Que, dans tous les pays, on essaye le système du placement familial des vieillards à la charge de l'Assistance publique. » (*Très bien. Très bien.*)

M. le Président. — Ce vœu concorde avec les conclusions du mémoire que M. le Dr Arnaud nous présente de la part de M. le Dr Jardet, de Vichy.

— Le vœu proposé par MM. Cruveilhier et Jardet est adopté.

M. le Président. — Je donne la parole à M. le Dr Arnaud pour présenter le résumé de l'ensemble des travaux de la section.

— M. le Dr Arnaud, *inspecteur des Œuvres communales et départementales d'assistance*, présente le rapport suivant :

Messieurs, l'exposé que j'ai l'honneur de vous soumettre, dans le temps nécessairement restreint qui m'était donné pour le préparer, ne saurait être qu'un faible écho des importants travaux de la IIe section ; il se bornera, si vous le voulez bien, à la simple énumération des communications qui ont été examinées, en des vœux, décisions et appréciations dont elles ont été l'objet de votre part.

Dans ses diverses séances présidées, à tour de rôle, au titre français par M. Sabran, MM. les Drs Armaingaud, Dreyfus-Brisac, M. Le Roux, etc., sous la présidence étrangère de MM. Muensterberg (de Berlin), Hovy (d'Amsterdam), Mme Coutzarida-Cratunesco, la section a eu à s'occuper de vingt mémoires et de treize communications verbales.

Dans la nomenclature qui suit, j'ai cru devoir conserver l'ordre

d'étude adopté dans chaque séance, en groupant, toutefois, les travaux visant une même catégorie d'assistés et dont l'objectif serait commun.

1° Assistance aux malades et assistance maternelle

Stations thermales, sanatoria et assistance médicale gratuite.

M. le Dr Barthès présente l'exposé de son mémoire et propose, en faisant bénéficier dans une large mesure du traitement thermal ou climatique les indigents atteints de maladies chroniques, de désencombrer les hôpitaux par l'envoi de cette catégorie de malades dans des stations thermales ou des sanatoria.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Sabran, Muensterberg, Dreyfus-Brisac, Grosseteste-Thierry, Paulian, Armaingaud, la section adopte la proposition de M. Dreyfus-Brisac, amendée par M. Sabran :

« Que, dans des cas urgents, dans lesquels l'initiative privée serait insuffisante, l'assistance publique intervienne, (en France, en vertu de la loi de 1893); pour envoyer dans les stations thermales et dans les sanatoria, des indigents qui encombrent de plus en plus les hôpitaux ainsi que des malades inscrits sur les listes d'assistance et soignés à domicile. »

M. le Dr Bourneville présente ensuite une communication sur l'organisation des écoles d'infirmières. Les cours théoriques sont complétés par des conférences et des exercices pratiques. L'école a pour sanction des examens et la délivrance d'un diplôme. M. Bourneville expose les améliorations qui lui paraissent nécessaires pour le recrutement des infirmiers et infirmières.

La communication de M. Bourneville est complétée par des observations de M. Berthault et par un exposé de M. Sabran sur l'école d'infirmières de Lyon.

La section émet le vœu :

« De voir développer les écoles dans lesquelles on forme les infirmières.

Elle exprime le vœu :

« Que, dès que ces écoles seront en nombre suffisant, le diplôme

d'infirmière soit exigé pour entrer comme infirmière dans les hôpitaux. »

M. Paul Wallerstein fait une communication sur la création et le fonctionnement d'un hôpital à la campagne, et donne des renseignements sur des hôpitaux de ce genre qui ont été fondés par la charité privée à Tournan (Seine-et-Marne), à Arès (Gironde) et à Ballan (Indre-et-Loire).

La section émet le vœu :

« Que la charité privée, aidée par les efforts de médecins compétents, s'efforce de créer de petits hôpitaux de campagne du genre de celui qui a été fondé par M. Wallerstein à Arès (Gironde).

De l'assistance aux lépreux à l'époque actuelle en France et à l'étranger.

M. le Dr Dom Sauton fait l'exposé de son mémoire. Après avoir entendu MM. le Dr Lardier, Lebon, Louis Paulian et Dreyfus-Brisac, la section émet le vœu :

« Qu'à l'avenir, les lépreux soient traités comme des malades au point de vue de l'assistance. »

Assistance aux cancéreuses pauvres organisée par la bienfaisance privée.

Mémoire présenté par l'Œuvre des Dames du Calvaire. — Cette Œuvre, destinée à adopter les incurables, a été fondée à Lyon en 1842, et instituée à Paris en 1874. Depuis vingt-cinq ans, cette Œuvre a reçu 930 incurables, son trait caractéristique est la vie de famille. L'association est composée de dames veuves qui se dévouent aux incurables.

Comment la loi sur l'assistance médicale gratuite peut faciliter l'installation des médecins dans les pays pauvres qui en sont privés.

M. le Dr Bourrillon présente sur cette question un mémoire dont les conclusions sont adoptées.

La section a la pensée que l'on peut à l'aide de la législation sur l'assistance médicale gratuite, et sans en augmenter les dépenses,

doter de médecins certaines localités qui en sont privées ; l'hygiène et la santé publiques gagneront considérablement à une meilleure répartition dans la résidence des médecins.

Les secours publics en cas d'accidents.

Après avoir entendu M. Rousselet, la section émet le vœu :

« Qu'on répande de plus en plus dans le public les brochures indiquant les premiers soins à donner aux blessés. »

De l'organisation et du fonctionnement de l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes.

M. Bernardbeig donne lecture de son rapport sur l'assistance des femmes en couches à domicile. Il demande d'encourager l'effort d'initiative privée qui a été fait en faveur des femmes en couches indigentes et qui consiste à assurer pendant dix jours, à son domicile, à la femme qui vient d'accoucher, un repos moral et matériel et de mettre à sa disposition le linge et les instruments indispensables à l'asepsie de l'accouchement.

Puériculture et assistance maternelle à domicile.

Après l'analyse de son intéressant mémoire, M. le Dr Pecker déclare qu'il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme pendant les trois derniers mois de sa grossesse, pendant les trois mois qui suivent son accouchement, afin de mieux protéger son enfant durant les trois derniers mois de la vie *intra-utérine* et les trois premiers mois à partir de sa naissance.

A la suite des communications de MM. les Drs Bernardbeig et Pecker, une discussion s'engage sur les relations qui doivent s'établir entre l'Assistance publique et la charité privée pour venir en aide aux femmes en couches, soit à domicile, soit dans les maternités. MM. Sabran, Muensterberg, Dreyfus-Brisac, Berthault, Strauss, Hovy, prennent successivement la parole.

Le vœu suivant déposé par M. Robineau-Pineau au nom de M. le Dr Pecker est ensuite adopté :

« Le Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée ;

« Considérant que l'assistance maternelle à domicile pour les personnes en couches pratiquée par l'Association des Dames mauloises et par les œuvres fondées à son instar poursuit un but d'intérêt général social et humanitaire.

« Appelle l'attention des pouvoirs publics et des associations mutuelles privées, sur la nécessité de favoriser la création des institutions analogues. »

A côté de ces mémoires relatifs à l'assistance maternelle, je citerai également le rapport présenté par M. le Dr Chambrelent sur l'assistance aux femmes en couches en dehors des hôpitaux, et la communication de M. Félix sur l'interdiction du travail aux accouchées pendant un certain temps, — indemnité à leur accorder pendant ce chômage forcé, — mutualités maternelles de Paris, de Vienne (Isère), de Lille et de Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne).

2° Assistance aux sourds-muets, aux aveugles et aux enfants arriérés

De l'assistance aux sourds-muets par l'éducation et l'instruction.

M. Désiré Giraud, directeur de l'institution de la rue Saint Jacques, fournit, sur l'état actuel de l'éducation et de l'instruction des sourds-muets, des renseignements complétés par cinq de ses professeurs:

M. Dufo de Germane expose ce qui a été fait en France et à l'étranger pour l'assistance aux sourds-muets, et signale les lacunes de cette assistance.

M. Bélanger indique les diverses méthodes employées pour mettre les sourds-muets en mesure de gagner leur vie, grâce à l'instruction et à l'éducation professionnelle. Il attire l'attention sur une innovation heureuse dans la constitution d'un pécule pour les sourds-muets travaillant à l'Institution nationale des sourds-muets, à Paris.

M. Dupont cite les diverses œuvres de bienfaisance aux sourds-muets adultes: cours d'adultes, ateliers-ouvroirs, sociétés de patronage et d'assistance, fédération des sociétés de patronage. Il signale une grosse lacune dans l'absence de maisons de retraite pour les sourds-muets âgés ou infirmes.

M. Giboulet traite la question des sourds-muets arriérés et il préconise la séparation de cette catégorie de sourds-muets, qui doivent être instruits et recevoir une éducation à part pour ne pas rester des non-valeurs.

M. André fait ensuite ressortir tous les avantages que l'enseignement agricole réserve aux sourds-muets arriérés. M. Savouré-Bonville soumet les conclusions de son mémoire sur l'assistance aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets appartenant à des familles indigentes, et tendant à mettre en vigueur, pour les sourds-muets et les aveugles, le principe de l'obligation de l'instruction appliqué aux voyants et aux entendants.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Hovy, Désiré Giraud, Rey, Sabran, Regnard, Savouré-Bonville, M. le Président met aux voix les vœux formant les conclusions des rapports ci-dessus.

Les vœux suivants sont adoptés.

La section émet le vœu :

« Que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets le bienfait de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et les entendants.

« Qu'à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets et sourdes-muettes soient rendues obligatoires.»

La section émet le vœu :

« Qu'il soit créé le plus rapidement possible des écoles régionales dans le triple but :

« 1° De faire bénéficier de l'instruction tous les sourds-muets;

« 2° D'abaisser l'âge de scolarité;

« 3° D'appliquer le principe de la sélection des élèves et de la spécialisation des écoles.»

La section émet en outre le vœu :

« Que des maisons de retraite soient fondées pour les sourds-muets et sourdes-muettes âgés et infirmes, et qu'il soit procédé à un recensement spécial de la population sourde-muette.»

La section émet le vœu :

« Que l'État encourage et subventionne les établissements consacrés aux sourds-muets par l'initiative privée. »

La section émet le vœu :

« Qu'il soit créé à la campagne, pour les sourds-muets arriérés, une école à laquelle on annexera un asile agricole, et qu'il soit fondé dans chaque pays une société centrale de patronage et de placement en faveur de tous les sourds-muets. »

La section émet le vœu :

« Que des institutions spéciales soient créées en vue d'élever dès leur jeune âge les enfants aveugles et sourds-muets, puis de développer peu à peu l'intelligence de ces enfants et de les préparer ainsi à recevoir l'instruction ;

« Qu'il soit créé des écoles normales pour former le personnel professoral des institutions d'aveugles, de sourds-muets et sourdes-muettes. »

Sur la proposition de M. Sabran, la section émet le vœu :

« Que dans le prochain congrès, on porte à l'ordre du jour l'étude des questions suivantes concernant les sourds-muets :

« L'enseignement oral, dont la supériorité a été reconnue, doit-il être substitué, d'une façon absolue à l'enseignement par signes ?

« Ne conviendrait-il pas de faire une sélection des enfants dont les facultés ne présentent pas un développement suffisant pour bénéficier de l'enseignement oral ? »

Sur le rapport de M. le Dr Bourneville, la section émet le vœu :

« Qu'il soit créé dans les grandes villes des classes spéciales pour les enfants arriérés, annexées ou non aux écoles primaires ordinaires. »

3° Assistance aux aliénés

M. le Dr Giraud expose les conclusions du rapport qu'il a fait en collaboration de M. Chandelier, sur le domicile de secours des aliénés.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Drouineau, Dreyfus-Brisac, Hovy, Tissier, Robineau-Pineau, Paulian, Rey, Denance et Briand, la IIe section adopte les conclusions du rapport amendées par M. Dreyfus-Brisac.

La section émet le vœu suivant :

« Le traitement des aliénés indigents doit toujours être assuré dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'aucun retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu. »

« Lors même que le domicile de secours est communal, les dépenses occasionnées par les aliénés indigents devront être en partie supportées par la collectivité supérieure : province, département ou l'État.

« Lorsque, par le fait de migrations dans le pays, l'aliéné a perdu tout à la fois son domicile de secours local et régional, la charge de son assistance doit incomber à l'État.

« Aucun gouvernement ne doit se désintéresser de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger, et des conventions internationales doivent régler les divers cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance. »

M. le Dr Giraud soumet les conclusions d'un autre mémoire sur le patronage des nécessiteux sortant des asiles d'aliénés.

Après une discussion à laquelle participent MM. Thivet, Rey, Dreyfus-Brisac, Le Fort, Briand, la section émet le vœu :

« Que l'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne soit pas limitée à quelques privilégiés, et que cette assistance soit organisée partout où elle fait défaut aujourd'hui ; qu'à cet effet, tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage, cette assistance ne doit pas être limitée à de simples dons en argent ou en nature ; elle doit s'étendre au relèvement social de l'aliéné. »

Les hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés.

M. Toulouse fait l'analyse de son mémoire et demande la séparation des curables et des incurables, et la création de quartiers ou-

verts pour les convalescents. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Drouineau, Marie, Toulouse, Hovy, Briand, Delcurrou, Rey, la section adopte une conclusion favorable à des établissements spéciaux pour les aliénés aigus, ayant le titre et l'organisation d'hôpitaux. La discussion s'est développée sur la responsabilité du médecin et des administrateurs, dans le cas de création de quartiers ouverts pour les convalescents. M. Toulouse demande que le médecin soit exonéré de toute responsabilité, le malade étant considéré comme guéri. M. Delcurrou fait observer qu'on ne peut pas supprimer le droit commun et que la responsabilité de ceux qui ont reçu le malade dans le quartier ouvert subsistera toujours, tant que les législateurs n'en auront pas décidé autrement.

La section n'accepte pas la conclusion proposée par M. Toulouse, mais elle admet :

« Que l'intérêt du malade et une économie bien comprise commandent d'assister, dans des établissements spéciaux, les aliénés aigus, dont beaucoup sont curables ; des aliénés chroniques, dont la plupart sont incurables. Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux. »

La section admet en outre, sur la proposition de M. Hovy, le vœu :

« Que, dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne dépasse pas 50 malades et que la proportion des infirmiers n'y soit pas inférieure à un pour 5 malades. »

La section, sur le rapport de M. Toulouse et après avoir entendu MM. les Drs Rey et Dreyfus-Brisac, accepte le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu, que l'internement cesse d'être le seul mode possible d'assistance pour les aliénés et qu'il soit organisé, à côté des placements forcés dans des asiles et des colonies, des placements libres en hôpitaux ouverts et en famille. »

M. le Dr Toulouse soumet un travail sur un projet d'entente internationale concernant la statistique des aliénés.

La section émet le vœu :

« Qu'une commission internationale soit constituée à l'effet d'u-

nifier, dans les divers pays, les publications statistiques concernant les aliénés. »

M. le Dr Marie présente un mémoire sur l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine.

Ce rapport donne lieu au vœu suivant :

« La section, considérant les résultats décisifs obtenus à Dun par l'assistance familiale des aliénés de la Seine, émet le vœu que cette méthode soit érigée en système d'assistance général par le placement des malades, soit dans leur propre famille, soit dans des familles étrangères, sous le contrôle du médecin.

« La section estime que l'assistance des aliénés tuberculeux dans des pavillons spéciaux est désirable. »

Dans ces divers mémoires sur l'assistance aux aliénés, vient aussi prendre place celui de M. le Dr Lucien Picqué, sur la chirurgie des aliénés envisagée au point de vue légal et administratif.

La section vote les conclusions suivantes :

« Les malades des asiles d'aliénés doivent être opérés à l'asile et non à l'hôpital ;

« Dans chaque asile il importe de constituer un service de chirurgie avec un chirurgien spécial. »

«Lorsqu'une opération chirurgicale est jugée nécessaire, l'autorisation sera demandée à la famille; si celle-ci ne répond pas, l'autorisation sera demandée à une autorité que chaque nationalité désignera. »

M. Charles Strauss, par une communication verbale, a demandé la création d'un conseil supérieur du service des aliénés; et il a proposé ensuite que les actes judiciaires ne soient plus notifiés à la personne des aliénés.

Ces propositions, combattues par M. le Dr Giraud, n'ont été adoptées qu'en partie.

4° Assistance a la vieillesse

Des moyens de secourir la vieillesse, sans que l'organisation des secours constitue une prime à l'imprévoyance.

Après une analyse de son intéressant mémoire, M. Rondel pro-

pose que, dans l'application des lois d'assistance des divers pays et dans la préparation des projets de loi destinés à assurer l'assistance aux malheureux atteints d'invalidité définitive, on s'efforce de maintenir aux personnes ayant fait acte de prévoyance et d'épargne, une situation supérieure à celle des simples assistés.

Que, lorsque l'assistance prend la forme de pensions, il existe des pensions mixtes d'assistance et de prévoyance en faveur des individus qui se seront acquis par l'effort personnel un revenu n'atteignant pas le double du secours normal d'assistance et sans que le budget d'assistance fournisse jamais, pour la constitution de ces pensions, une somme ni supérieure ni même égale à celle qu'elle aurait dû fournir si l'individu n'avait pas été prévoyant.

Après une discussion à laquelle participent MM. Le Roux, Cercueil, Rey (député), Mourier, Cruveilhier, Rondel, Lefort, la section adopte, sur la proposition de M. Le Roux, le vœu suivant :

« Que l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables soit organisée à bref délai partout où elle ne l'est pas encore et qu'elle soit organisée de telle sorte que le titulaire d'une petite pension ne puisse, par ce fait, être exclu *a priori* du bénéfice du secours. »

Les deux propositions ci-après du rapporteur sont ensuite adoptées :

« Que, dans l'application des lois existantes et dans la préparation des projets de loi destinés à assurer l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, on s'efforce de maintenir aux bénéficiaires de la loi d'assistance qui se sont acquis, par la prévoyance, certaines ressources permettant de ne leur procurer qu'une existence partielle, une situation matérielle et morale supérieure à celle des simples assistés ;

« Que, lorsque l'assistance doit être donnée sous forme de secours viagers, il soit institué des pensions mixtes d'assistance et de prévoyance en faveur des individus qui se seront acquis par l'épargne une rente n'atteignant pas le double du secours normal d'assistance, et sans que le budget de l'assistance fournisse jamais, pour la constitution de ces pensions, une somme ni supérieure ni même égale à celle qui lui aurait été demandée si l'individu n'avait pas fait acte de prévoyance. »

M. Wuilleumier présente sa communication sur la participation des indigents aux œuvres d'assurance et de mutualité.

Le Congrès envisage que la participation des indigents valides aux caisses d'assurances constitue un des moyens propres à développer chez l'assisté des habitudes de travail, d'économie et de prévoyance et qu'elle mérite à ce titre d'être étudiée et encouragée.

M. le Dr Jardet a déposé un mémoire sur l'assistance familiale des vieillards et des invalides du travail. L'auteur signale que l'administration des hospices de Vichy a inauguré, depuis le 1er juin 1899, un mode d'assistance qui, lorsqu'il est possible, est toujours préféré à l'hospitalisation et qui consiste au placement chez les campagnards des vieillards et des invalides du travail.

M. le Dr Jardet conclut en préconisant cette assistance familiale qui, en dehors d'autres avantages, est plus économique que toute autre assistance et permet de secourir plus de personnes. Elle est en outre une source d'aisance et de bien-être pour le pays où elle se pratique, tendant également à développer dans les campagnes le goût de l'hospitalité et l'esprit de charité et de bienfaisance.

M. Cruveilhier propose, comme M. le Dr Jardet, l'application du placement familial à la protection de la vieillesse.

Cette proposition a été adoptée.

Assistance aux incurables, et en particulier sur celle qui leur est fournie par les Frères Saint-Jean-de-Dieu.

M. le comte d'Aiguesvives, dans un rapport déposé, cite l'établissement de la rue Lecourbe, doublé d'un sanatorium au Croisic, dont les bienfaits s'étendent à de nombreux malheureux.

Tel est l'exposé succinct des travaux de la IIe section, qui viennent d'apporter une large part d'impulsion, dans de nouvelles étapes de progrès, à l'assistance publique et à la bienfaisance privée. Il ne reste plus qu'à souhaiter que sa part des vœux émis dans ce Congrès puissent bientôt se réaliser et donner ainsi toute légitime satisfaction à ses travaux. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — J'adresse les remerciements de la section à M. le Dr Arnaud, à M. le secrétaire Dr Giraud et à M. le Secré-

taire adjoint de la section, qui tous, par le zèle qu'ils ont apporté dans leurs fonctions, ont contribué à faciliter singulièrement notre tâche. Je remercie bien sincèrement, de mon côté, mes collègues du bureau qui ont bien voulu exercer la présidence de la section ou assister le président.

— La séance est levée à 11 heures trois quarts.

VŒUX

ÉMIS PAR LA DEUXIÈME SECTION

A. — La section émet le vœu que la charité privée, aidée par les efforts des médecins compétents, s'efforce de créer de petits hôpitaux de campagne du genre de celui qui a été fondé à Arès (Gironde). (*Vœu présenté par M. Wallerstein.*)

B. — La section émet le vœu qu'à l'avenir les lépreux soient traités comme des malades au point de vue de l'assistance.

(*Vœu présenté par M. le Dr Dom Sauton.*)

C. — La section émet le vœu qu'il soit créé, dans les grandes villes, des écoles spéciales pour des enfants arriérés, annexées ou non aux écoles primaires ordinaires.

(*Vœu présenté par M. le Dr Bourneville.*)

D. — La section émet le vœu qu'une Commission internationale soit constituée à l'effet d'unifier, dans les divers pays, les bases des publications statistiques concernant les aliénés.

(*Vœu présenté par M. le Dr Toulouse.*)

E. — La section, considérant les résultats décisifs obtenus à Dun par l'assistance familiale des aliénés de la Seine, émet le vœu que cette méthode soit érigée en système d'assistance générale, par le placement des malades, soit dans leur propre famille, soit dans des familles étrangères, sous le contrôle du médecin.

Elle émet en outre le vœu que l'internement cesse d'être le seul mode possible d'assistance pour les aliénés et qu'il soit organisé, à côté des placements forcés dans des asiles et les colonies, des placements libres dans des hôpitaux ouverts et en famille.

(*Vœux présentés par M. le Dr Marie.*)

F. — La section émet le vœu que, dans le prochain congrès

d'assistance, on porte à l'ordre du jour l'étude des questions suivantes concernant les sourds-muets:

L'enseignement oral, dont la supériorité a été reconnue, doit-il être substitué, d'une façon absolue, à l'enseignement par signes?

Ne conviendrait-il pas mieux de faire une sélection des enfants dont les facultés ne présentent pas un développement suffisant pour bénéficier de l'enseignement oral ?

(*Vœu présenté par M. H. Sabran.*)

G. — La section émet le vœu que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets les bienfaits de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et pour les entendants.

Qu'à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets ou sourdes-muettes soient rendues obligatoires.

(*Vœu présenté par M. Savouré-Bonville.*)

Elle émet le vœu qu'il soit créé le plus rapidement possible des écoles régionales dans le triple but:

1° De faire bénéficier de l'instruction tous les sourds-muets;

2° D'abaisser l'âge de scolarité;

3° D'appliquer les principes de la sélection des élèves et de la spécialisation des écoles.

(*Vœux présentés par M. Désiré Giraud.*)

La section émet, en outre, le vœu:

1° Que des maisons de retraite soient fondées pour les sourds-muets et sourdes-muettes âgés et infirmes, et qu'il soit procédé à un recensement spécial de la population sourde-muette;

(*Vœu présenté par MM. Savouré-Bonville et Désiré Giraud.*)

2° Que l'État encourage et subventionne les établissements consacrés aux sourds-muets par l'initiative privée;

3° Qu'il soit créé à la campagne, pour les sourds-muets arriérés, une école à laquelle on annexera un asile agricole, et qu'il

soit fondé dans chaque pays une société centrale de patronage et de placement en faveur de tous les sourds-muets.

(*Vœux présentés par M. Désiré Giraud.*)

4° Que des institutions spéciales soient créées en vue d'élever, dès leur jeune âge, les enfants aveugles et sourds-muets, puis de développer peu à peu l'intelligence de ces enfants et de les préparer ainsi à recevoir l'instruction;

5° Qu'il soit créé des écoles normales pour former le personnel professoral des institutions d'aveugles, de sourds-muets et sourdes-muettes. (*Vœux présentés par M. Savouré-Bonville.*)

H. — La section émet le vœu:

1° Que l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables soit organisée à bref délai partout où elle ne l'est pas encore, et qu'elle soit organisée de telle sorte que le titulaire d'une petite pension ne puisse, par ce fait, être exclu *a priori* du bénéfice du secours ; (*Vœu présenté par M. Le Roux.*)

2° Que, dans l'application des lois existantes et dans la préparation des projets de loi destinés à assurer l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, on s'efforce de maintenir aux bénéficiaires de la loi d'assistance qui se sont acquis, par la prévoyance, certaines ressources permettant de ne leur procurer qu'une assistance partielle, une situation matérielle et morale supérieure à celle des simples assistés;

3° Que, lorsque l'assistance doit être donnée sous forme de secours viagers, il soit institué des pensions mixtes d'assistance et de prévoyance en faveur des individus qui se seront acquis par l'épargne une rente n'atteignant pas le double du secours normal d'assistance, et sans que le budget de l'assistance fournisse jamais, pour la constitution de ces pensions, une somme ni supérieure ni même égale à celle qui lui aurait été demandée si l'individu n'avait pas fait acte de prévoyance. (*Vœux présentés par M. Georges Rondel.*)

I. — La section émet le vœu que, dans des cas urgents dans lesquels l'initiative privée serait insuffisante, l'assistance publique intervienne (en France en vertu de la loi de 1893) pour envoyer dans les stations thermales et dans les sanatoria, des indigents qui en-

combrent de plus en plus les hôpitaux, ainsi que des malades inscrits sur les listes d'assistance et soignés à domicile.

(*Vœu présenté par M. le Dr Barthès.*)

J. — La section émet le vœu de voir développer des écoles dans lesquelles on forme des infirmières. Elle exprime le vœu que, dès que ces écoles seront en nombre suffisant, le diplôme soit exigé pour entrer comme infirmière dans les hôpitaux.

(*Vœu présenté par M. le Dr Bourneville.*)

K. — La section, considérant que l'assistance maternelle à domicile pour les femmes en couches pratiquée par l'Association des dames mauloises et par les œuvres fondées à son instar poursuit un but d'intérêt général, social et humanitaire, appelle l'attention des pouvoirs publics et des associations mutuelles privées sur la nécessité de favoriser la création d'institutions analogues.

(*Vœu présenté par M. le Dr Pecker.*)

L. — La section émet le vœu suivant :

1° Le traitement des aliénés indigents doit toujours être assuré, dès que les signes de folie ont apparu, et sans qu'aucun retard soit apporté sous prétexte que le domicile de secours n'a pas été reconnu ;

2° Lors même que le domicile de secours est communal, les dépenses occasionnées par les aliénés indigents devront être en partie supportées par la collectivité supérieure, province ou département et l'État ;

3° Lorsque, par le fait de migrations dans le pays, l'aliéné a perdu tout à la fois son domicile de secours local et régional, la charge de son assistance doit incomber à l'État ;

4° Aucun gouvernement ne doit se désintéresser de ses nationaux devenus aliénés à l'étranger, et des conventions internationales doivent régler les différents cas qui peuvent se rencontrer dans cette assistance. (*Vœu présenté par MM. le Dr Giraud et Chandelier.*)

M. — La section émet le vœu que l'assistance aux nécessiteux sortant des asiles d'aliénés ne soit pas limitée à quelques privilégiés, et que cette assistance soit organisée partout où elle fait défaut

aujourd'hui; qu'à cet effet, tous les établissements recevant des aliénés indigents soient affiliés à une société de patronage. Cette assistance ne doit pas être limitée à de simples dons en argent ou en nature; elle doit s'étendre au relèvement social de l'aliéné.

(*Vœu présenté par M. le Dr Giraud.*)

N. — La section adopte les conclusions suivantes:

L'intérêt des malades et une économie bien comprise commandent d'assister dans des établissements spéciaux les aliénés aigus, dont beaucoup sont curables, des aliénés chroniques, dont la plupart sont incurables.

Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux. (*Vœu présenté par M. le Dr Toulouse.*)

Dans chaque hôpital, la population d'un service médical ne dépassera pas 50 malades et la proportion des infirmiers n'y sera pas inférieure à 1 par 5 hospitalisés.

(*Vœu présenté par M. Hovy.*)

Lorsqu'une opération chirurgicale aura été jugée nécessaire, l'autorisation sera demandée à la famille; si celle-ci ne répond pas, l'autorisation sera demandée à une autorité que chaque nationalité désignera.

Les malades des asiles d'aliénés doivent être opérés à l'asile et non à l'hôpital.

Dans chaque asile il importe de constituer un service de chirurgie avec un chirurgien spécial.

(*Vœux présentés par M. le Dr Picqué.*)

O. — La section estime que l'isolement des aliénés tuberculeux dans des pavillons spéciaux est souhaitable.

(*Vœu présenté par le Dr Marie.*)

P. — La section a la pensée que l'on peut, à l'aide de la législation sur l'assistance médicale gratuite, et sans en augmenter les dépenses, doter de médecins certaines localités qui en sont privées;

L'hygiène et la santé publiques gagneront considérablement à une meilleure répartition dans la résidence des médecins.

(*Vœu présenté par M. le Dr Bourrillon.*)

Q. — La section émet le vœu qu'on répande de plus en plus dans le public des brochures indiquant les premiers soins à donner aux blessés. (*Vœu présenté par M. Albin Rousselet.*)

R. — La section envisage que la participation des indigents valides aux caisses d'assurances constitue un des moyens propres à développer chez l'assisté des habitudes de travail, d'économie et de prévoyance et qu'elle mérite à ce titre d'être étudiée et encouragée. (*Vœu présenté par M. Wuilleumier.*)

S. — La section émet le vœu que le placement familial soit appliqué à l'assistance des vieillards.

(*Vœu présenté par MM. le Dr Jardet et Jean Cruveilhier.*)

LISTE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS

DES RAPPORTS ET MÉMOIRES CONTENUS DANS CE VOLUME

Pages.

MM. Arnaud. — Compte rendu des travaux de la section..... 344

Aiguesvives (Cte d'). — Assistance aux jeunes incurables et, en particulier, sur celle qui leur est fournie par les frères Saint-Jean-de-Dieu..... 192

Barthès. — Stations thermales, sanatoria et assistance médicale gratuite..... 1

Bernardbeig. — De l'organisation et du fonctionnement de l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes..... 242

Bourneville. — Création de classes spéciales pour les enfants arriérés (assistance et traitement des enfants anormaux)..... 295

Bourneville. — Enseignement professionnel du personnel secondaire des hôpitaux..... 260

Bouarillon. — Comment la loi sur l'assistance médicale gratuite peut faciliter l'installation de médecins dans les pays pauvres qui en sont privés..... 333

Chambrelent. — De l'assistance aux femmes en couches en dehors des hôpitaux..... 33

Cruveilhier. — Application du placement familial à la protection de la vieillesse..... 343

Félix. — Interdiction de travail aux accouchées pendant un certain temps. — Indemnité à leur accorder pendant ce chômage forcé. — Mutualité maternelle de Paris, de Vienne (Isère), de Lille et de Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne)..... 40

Giraud et H. Chandelier. — Du domicile de secours des aliénés.. 47

Giraud. — Du patronage des nécessiteux sortant des asiles d'aliénés. 54

Jardet. — De l'assistance familiale des vieillards et des invalides du travail..... 175

Pages.

MM. Marie. — De l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine..... 89

Œuvre des Dames du Calvaire. — Assistance aux cancéreuses pauvres organisée par la bienfaisance privée..... 207

Pecker. — Puériculture ou assistance maternelle à domicile..... 10

Picqué. — De la chirurgie des aliénés envisagée au point de vue légal et administratif..... 82

Rondel. — Des moyens de secourir la vieillesse sans que l'organisation des secours constitue une prime à l'imprévoyance..... 213

Sauton. — De l'assistance aux lépreux à l'époque actuelle en France et à l'étranger..... 141

Savouré-Bonville. — Assistance aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets appartenant à des familles indigentes..... 120

Strauss (Charles). — Assistance aux aliénés indigents..... 339

Toulouse. — Les hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés..... 64

Toulouse. — Projet d'entente internationale concernant la statistique des aliénés..... 76

Wallerstein. — Création et fonctionnement d'un hôpital à la campagne..... 127

Wuillaumier. — Participation des indigents aux œuvres d'assistance et de mutualité..... 323

MELUN. IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE — M 2007 P.

MELUN

Imprimerie administrve

1906

2007